

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos idosos da UBS Dr. José Abel Modesto
Amorim, João Costa de Piauí/PI**

Juan Reinaldo Iglesias

Pelotas, 2016

Juan Reinaldo Iglesias

**Melhoria da atenção à saúde dos idosos da UBS Dr. José Abel Modesto
Amorim, João Costa de Piauí/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Catiuscie Cabreira da Silva

Co-orientadora: Maria Auxiliadora Santos Soares

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

I24m Iglesias, Juan Reinaldo Pastor

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos da UBS Dr. José Abel Modesto Amorim, João Costa de Piauí/PI / Juan Reinaldo Pastor Iglesias; Catiuscie Cabreira da Silva, orientador(a); Maria Auxiliadora Santos Soares, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

103 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Silva, Catiuscie Cabreira da, orient. II. Soares, Maria Auxiliadora Santos, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a toda minha família em Cuba que sempre se fizeram presentes em minha vida, me apoiando e me fazendo cada vez mais feliz, e que apesar da distância e ficar longe deles, sempre entenderam que meu futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

Agradecimentos

Agradeço a Deus

A meu orientador Catiuscie Cabreira da Silva e Co-orientador Maria Auxiliadora, que incentivaram e facilitaram o desenvolvimento do trabalho em todas as etapas do curso. Obrigado pelo constante apoio, pelas ideias e a competência com que me conduziram nesta trajetória.

A minha equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Aos usuários, fonte da minha motivação para realizar este estudo.

Resumo

Iglesias, Juan Reinaldo Pastor. **Melhoria da atenção à saúde dos idosos da UBS Dr. José Abel Modesto Amorim, João Costa de Piauí/PI.** 2016. 101fls Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

O envelhecimento e o cuidado da Saúde da Pessoa Idosa constituem uma das prioridades da Atenção Básica de Saúde pela necessidade de cuidados e de atenção dessa população, devido as doenças crônicas não transmissíveis que os afetam com muita frequência afetando a sua funcionalidade assim como outras limitações. A UBS Dr. Jose Abel Modesto Amorim está localizada na sede da área rural do município João Costa de Piauí a população de nossa área adstrita é de 3.025 e está constituída por sete micro áreas. O número total de idosos (pessoas de 60 anos ou mais) de nossa área é de 303. Nossa intervenção é muito importante no contexto da UBS já que atenção as pessoas idosas tinham baixo índice de cobertura na comunidade antes do início da intervenção, e propomos melhorar a cobertura para 95% e melhorar os indicadores de qualidade, onde a equipe de saúde encontrasse comprometida no trabalho de educação e orientação da população por meio de atividades educativas. Foi realizado um trabalho de intervenção durante três meses de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016, contemplando ações em quatro eixos de atuação: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os indicadores mostraram que houve melhoria na atenção à saúde dos usuários. No primeiro mês de intervenção acompanhamos 83(27,4%) idosos, seguidos de 196(64,7%) no segundo mês. Com a continuidade das ações no terceiro mês de intervenção aumentamos o número de acompanhados, finalizando com 270(89,1%). Nossa meta não foi atingida mas chegamos muito próximo. Realizamos Avaliação Multidimensional Rápida em 257(95,2%) dos idosos acompanhados, para exames clínicos conseguimos um total de 254(94,1%), O Rastreamento do 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi realizado em 99,6% dos acompanhados. Para exames complementares periódicos 88,9% dos idosos tiveram realizados, a meta não foi atingida pela dificuldade com o deslocamento dos usuários até a sede. Os resultados da realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas foi 253 (93,7%), não atingimos a meta mais chegamos muito perto. Enquanto ao registro específico das pessoas idosas conseguimos 264(97,8%), embora não alcançar a meta proposta, os resultados foram melhorados. Os indicadores relacionados com mapear o risco das pessoas idosas, não atingimos a meta, mais tivemos resultados bons, e destacarem-se os indicadores relacionados à promoção de saúde. A intervenção melhorou a atenção de saúde da população alvo em todos os aspectos, aumentou o indicador de cobertura e qualidade do grupo de idosos de e conseguimos melhorar a qualidade de vida, permitindo manter um controle sistemático das doenças ou de qualquer limitação presente no grupo. Além disso, oferecemos conhecimentos relacionados com a saúde garantindo melhor qualidade de vida. Para a equipe foi de muita importância o trabalho pois conseguimos inserir todas as atividades dentro da rotina de trabalho, enriquecemos nossos conhecimentos e a qualificação profissional.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso, saúde bucal, assistência domiciliar.

Lista de Figuras

Figura 1	UBS Dr. Jose Abel Modesto Amorim.	
Figura 2	Visita as famílias da comunidade de Alegre, pertencente a UBS José Abel Modesto Amorim.	
Figura 3	Equipe de saúde nas visitas domiciliares na comunidade pertencente a UBS José Abel Modesto Amorim.	
Figura 4	Avaliação do idoso em seu domicílio.	
Figura 5	Avaliação da usuária idosa, na comunidade pertencente a UBS José Abel Modesto Amorim.	
Figura 6	Atendimento na sede da UBS José Abel Modesto Amorim, para usuárias idosas da área de abrangência.	
Figura 7	Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS	77
Figura 8	Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS	77
Figura 9	Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia	78
Figura 10	Proporção de pessoas idosas para rastreadas de Hipertensão Arterial Sistêmica	78
Figura 11	Proporção de pessoas idosas rastreadas para Diabetes Mellitus	79
Figura 12	Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos	80
Figura 13	Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada	81
Figura 14	Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	82
Figura 15	Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática	83
Figura 16	Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal	83
Figura 17	Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentaria	84
Figura 18	Proporção de pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia	85

Figura 19	Proporção de pessoas idosas com caderneta de saúde de pessoa idosa	85
Figura 20	Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	86
Figura 21	Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada	87
Figura 22	Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia	87
Figura 23	Proporção de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos de vida saudáveis	88
Figura 24	Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre pratica regular de atividade física	89
Figura 25	Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal	89

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Cadernos de Atenção Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de atenção à saúde da família
PI	Piauí
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1	Análise Situacional	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da Análise Situacional	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	26
2	Análise Estratégica	27
2.1	Justificativa	27
2.2	Objetivos e metas	28
2.2.1	Objetivo geral	28
2.2.2	Objetivos específicos e metas	28
2.3	Metodologia	30
2.3.1	Detalhamento das ações	31
2.3.2	Indicadores	55
2.3.3	Logística	61
2.3.4	Cronograma	65
3	Relatório da Intervenção	66
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	66
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	71
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	71
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	72
4	Avaliação da intervenção	73
4.1	Resultados	73
4.2	Discussão	87
5	Relatório da intervenção para gestores	89
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	92
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	94
	Referências	95
	Anexos	96

Apresentação

O presente volume refere-se ao trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família, Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas, sendo constituído por uma intervenção com objetivo de melhorar a atenção aos usuários idosos na UBS Jose Abel Modesto Amorim, no município João Costa, Piauí.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, sequenciais e interligados. A Análise Situacional será apresentada na primeira parte, como a descrição do município no qual a UBS está localizada, as características da unidade e da rede de atenção à saúde do município.

No segundo capítulo é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção, baseado no protocolo de atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Brasília, DF 2006 e Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, Brasília, DF, 2010, realizando a descrição da justificativa, objetivos, metodologia, logística e cronograma.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, durante o período de dezembro 2015 a fevereiro 2016 com a descrição das facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento das atividades propostas.

No quarto capítulo encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, além da discussão e os relatórios para a comunidade e gestão.

Na quinta parte encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Ao final do volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Abel Amorim, localizada no município João Costa do estado Piauí (PI). A unidade tem a finalidade de proporcionar um acesso facilitado para a comunidade de João Costa, onde está localizada e funciona diariamente de 07:30 às 11:30, pela manhã, e das 13:30 às 15:30 pela tarde. Depois desse horário os usuários devem buscar o hospital do município mais próximo, São João do Piauí localizado a 32 km de distância. Na área adstrita encontramos cerca de 3.040 domicílios distribuídos entre sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nossa população está localizada uma pequena parte na zona urbana e a grande maioria na zona rural, sendo que algumas micro áreas destas são de difícil acesso.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é uma só, composta por um médico, dois enfermeiros, três técnicas de enfermagem, dois odontólogos, duas técnicas de saúde bucal e sete ACS. Além destes profissionais, podemos contar ainda com um nutricionista, um fonoaudiólogo, um psicólogo, um fisioterapeuta, um assistente social, uma recepcionista e um funcionário para serviços gerais, um segurança, um diretor e dois motoristas.

Estruturalmente, a UBS é grande e bem dividido, tem uma recepção; uma sala de espera; consultório para médico, enfermeiras, nutricionista e fonoaudióloga; salas de procedimentos, vacina, coleta de citopatológico, de reunião; banheiros feminino, masculino, de profissionais e deficientes; uma copa; almoxarifado; farmácia; sala de triagem neonatal; sala de acolhimento; lavanderia; esterilização e expurgo.

Na unidade realizamos dois turnos de visitas domiciliares previamente agendadas, na qual priorizamos idosos, acamados e usuários com dificuldade de ir até o posto; realizamos busca ativa a usuários com doenças infecciosas, gestantes e

crianças que não compareceram à consulta agendada. Os atendimentos por consultas agendadas são oferecidos a gestantes, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos e usuários portadores de outras doenças crônicas; já as consultas por demanda espontânea são para a realização de exames complementares, ultrassonografia (a cada quinze dias), vacinação, coleta de material citopatológico, avaliação e confecção de próteses dentais, medição de peso e altura. Quinzenalmente, a equipe se reúne para traçar o planejamento do trabalho, baseando-se no cronograma de atendimento de consultas, visitas domiciliares e atividades educativas.

Disponibilizamos na UBS de medicamentos em quantidade suficiente para cobrir as necessidades dos usuários portadores de doenças crônicas. Entretanto, identificamos que os principais problemas da área são o fornecimento de água de baixa qualidade; falta de saneamento básico adequado; grande quantidade de animais domésticos (cachorros, gatos e galinhas), o quais podem ser agentes transmissores de doenças; presença de idosos portadores de doenças crônicas, que moram sozinhos e possuem alto risco de queda, esquecimento da medicação e depressão. Além destas, identificamos, a nível de gestão, a demora na entrega dos resultados de exames complementares; falta de especialistas no município, o que gera deslocamento dos munícipes para Teresinha, capital do Estado - esta situação dificulta a prestação de serviços de qualidade; falta de devolução da ficha de contra referência para os usuários que receberam alta hospitalar.

Até o momento, a relação da comunidade com nossa equipe de saúde é boa, somos bem acolhidos pela população, que aceita bem os médicos do Programa Mais Médico. Apesar das dificuldades citadas considero que com o trabalho do dia a dia em equipe nós estamos melhorando a saúde de nossa população oferecendo atendimento de qualidade, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de João Costa, Piauí se situa a 64 km ao Norte-Leste de São Raimundo Nonato, a maior cidade dos arredores, é um município do Parque Nacional da Serra da Capivara, localizado na área rural, que tem uma população de 3.025 habitantes. No município temos uma UBS com estrutura de Saúde da Família e com uma equipe de saúde, nosso município tem disponibilidade de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) constituído por um nutricionista, um fonoaudiólogo, um

psicólogo, um fisioterapeuta e um assistente social; além disto temos uma recepcionista e um pessoal de limpeza, segurança, um diretor de posto e dois motoristas. Não temos disponibilidade no município de serviço hospitalar, serviços especializados e de estabelecimentos para a realização de exames complementares, todos estes procedimentos são realizados em um município vizinho.



Figura 1. UBS Dr. Jose Abel Modesto Amorim.

Minha UBS está localizada na sede da área rural seguindo o modelo da Estratégia de Saúde da Família. Mantemos vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com as instituições de ensino presentes na área.

Estruturalmente é grande, pois a pouco tempo foi remodelada e cumpre com o modelo das UBS, tem boa construção, uma recepção e uma sala de espera com espaço para oferecer acolhimento adequado, além disso temos consultórios para médico e enfermeira e os ambientes específicos que deve ter uma UBS para todos os profissionais que trabalham no serviço. Sobre a ventilação, iluminação, ambiência, bancadas, armários e demais materiais cumpre com todas as necessidades requeridas, temos uma equipe de saúde que está constituído por um médico, dois

enfermeiros, três técnicas de enfermagem, dois odontólogos, duas técnicas de saúde bucal e sete agentes comunitários de saúde. Nossa UBS conta com cadeiras de rodas, rampas alternativas e corrimãos para oferecer o acesso às pessoas com deficiências, idosos o qualquer comprometimento temporário, os ambientes têm sinalização faltando ainda algum os detalhes para completar os mesmos.

Ao relacionar o Manual de Estrutura da UBS (BRASIL, 2008), o artigo sobre barreiras arquitetônicas e o preenchimento do questionário posso dizer que nossa UBS cumpre a maioria dos requisitos em sua estrutura já que é um local amplo e grande.

A UBS José Abel Amorim está localizada na zona urbana do município de João Costa de Piauí, Estado do Piauí, é constituída por sete micro áreas, que se dividem entre seis de zona rural e uma urbana, atendendo à população da sede, onde está localizada a unidade.

Reestruturada recentemente com ambientes específicos e necessários para oferecer serviços de qualidade, nossa UBS é composta por recepção; sala de espera com muito espaço; consultório para medico e enfermeira; sala de curativos; sala de nebulização; sala de procedimentos; sala de vacinas; sala de coletas; consultório odontológico; copa/cozinha; farmácia; administração; sala de reuniões; expurgo, sala de esterilização e de recepção, lavagem e descontaminação de materiais contaminados; depósitos de lixo e banheiros para funcionários, usuários e deficientes.

Ao que se refere à sinalização, a UBS possui identificação tanto dentro quanto fora da UBS, faltando apenas alguns detalhes para completar os mesmos. A ventilação, iluminação, ambiência, presença de bancadas, armários e demais materiais cumpre com todas as necessidades da equipe e da unidade.

Nossa unidade consta com cadeiras de rodas, rampas alternativas e corrimãos para oferecer o acesso às pessoas com deficiências, idosos ou com qualquer comprometimento temporário.

A equipe que trabalha na unidade é composta por médico clínico do Programa Mais Médicos, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, dois odontólogos, duas técnicas de saúde bucal, além de nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social, sendo uma limitação a falta de médico pediatra e ginecologista para melhorar o atendimento.

Na UBS oferecemos dois turnos de atendimento pela manhã e pela tarde de segunda a sexta feira; toda a área de abrangência está cadastrada com diagnóstico

de saúde realizado, a partir do qual planejamos e priorizamos ações de saúde na comunidade.

Contamos com o apoio do NASF, entretanto é uma limitação deste grupo, a falta de médico pediatra, ginecologista e psiquiatra. Como o município não possui este último profissional, sempre que precisamos encaminhamos os usuários para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município mais próximo, o qual nos auxilia bastante.

Considero que nossa UBS não tem muitas dificuldades em sentido geral, pois se adéqua ao preconizado no Manual de Estrutura, tendo em conta nossa governabilidade e as dificuldades observadas creio que estas podem ser resolvidas por nossa equipe em conjunto com gestores de saúde e diretivos de nosso município, tendo como prioridade a solicitação dos profissionais que faltam para completar a equipe do NASF e assim satisfazer as demandas da população, além de resolver os detalhes de sinalização da UBS. Por enquanto a equipe de saúde trabalha para garantir um melhor serviço de saúde, oferecendo atendimento de qualidade a nossa população.

Quanto aos equipamentos e instrumentos presentes na unidade, observamos que estão faltando negatoscópio, oftalmoscópio, materiais para pequenas cirurgias e para retirada de pontos que são importantes e se necessitam em situações de urgência. Da mesma forma, faz-se necessário melhorar o equipamento para oxigenação dos usuários.

Nossa UBS conta com telefone próprio e com disponibilidade de conexão de internet e microcomputador, mas temos como limitação o fato de não existir prontuário eletrônico implantado na unidade, situação desfavorável já que este instrumento facilitaria o atendimento, proporcionando rapidez na busca do histórico do usuário, acessibilidade às informações para todos os profissionais e organização do trabalho de uma forma geral. Outra limitação encontrada é que não contamos com sistema de manutenção de equipamentos nem de revisão de calibragem, o que dificulta e até pode comprometer o nosso trabalho.

Quanto ao abastecimento de materiais e insumos não temos dificuldades nem insuficiências nos mesmos. Considerando a relação de medicamentos definidos no elenco de referência nacional de medicamentos para assistência farmacêutica é necessário sinalizar que temos em muita quantidade medicamentos controlados, os quais não são utilizados, entretanto faltam outros de maior importância no tratamento

de doenças crônicas. Isto gera falta de acesso aos medicamentos, pois a maioria da população tem baixo nível econômico, e não atende à necessidade da comunidade local.

Outra limitação identificada é que os profissionais não têm acesso a livros didáticos atualizados para a área clínica, o que limita a busca por novos conhecimentos por parte dos mesmos. Além disto, não possuímos material para atividades educativas, que constituem ferramentas importantes para o empoderamento da comunidade.

Considerando as deficiências apontadas, acredito que toda têm prioridade e importância, pois de uma forma ou de outra afetam na qualidade dos serviços de saúde. Entretanto, tendo em conta nossa governabilidade, assim como as necessidades e limitações encontradas, estou trabalhando na orientação da comunidade e dos próprios gestores, porque penso que devemos contribuir com nossos gestores de saúde no melhoramento da assistência e atender às necessidades de equipamentos e instrumentais que faltam em nossa UBS.

Temos buscado resolver algumas das nossas necessidades, à exemplo elaboramos folhetos, panfletos e folder para as atividades de promoção em saúde e tenho sinalizado para a gestão a real necessidade e demanda da população em relação aos medicamentos. Desta forma podemos oferecer um atendimento de alta qualidade, como merece nossa população.

Em relação às atribuições da equipe considero que a equipe básica de saúde onde trabalho cumpre com a maioria das disposições regulamentadas para os profissionais. Participamos do processo de territorialização e mapeamento da área fazendo identificação de grupos, família e indivíduos de risco e grupos de agravo; realizamos o cuidado de saúde da população prioritariamente no âmbito da unidade de saúde e quando é necessário no domicílio e demais espaços. Quando necessário encaminhamos os usuários para outros níveis de atenção respeitando os fluxos de referência, vale ressaltar que temos muitas dificuldades com as contra referências as quais não recebemos, o que afeta no seguimento do usuário e evolução da doença.

A equipe de saúde trabalha no acompanhamento do plano terapêutico proposto aos usuários e em situações de internamento domiciliar. Além disso, trabalhamos na busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória proporcionando sempre atendimento humanizado e acolhimento aos usuários.

Outra prioridade da nossa equipe é a participação nas atividades de educação permanente e a promoção da mobilização e participação da comunidade buscando efetivar o controle social para assim melhorar a qualidade de nossos serviços de saúde para que nossa população tenha o que precisa no momento oportuno. Como aspecto positivo a destacar é que os profissionais da minha unidade participam de forma ativa de atividades de qualificação profissional para a gestão da saúde. Estas atividades ainda são realizadas com pouca frequência, e por isso acredito que devemos intensificar as mesmas, pois nos ajudam na assistência e eleva o nível da qualidade do profissional de saúde.

Acredito que nossa UBS, de uma forma geral, se esforça para cumprir com todas as atribuições definidas pelo Ministério da Saúde, apesar de ser necessário aportarmos novas ideias para o nosso trabalho do dia a dia, o que irá melhorar a qualidade da atenção da nossa unidade.

O número de equipes de acordo com a quantidade de pessoas é adequado na nossa área de abrangência que tem uma população total de 3.025. Temos uma quantidade suficiente de profissionais na equipe, a mesma é constituída por um médico, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, sete agentes comunitários além dos outros profissionais de saúde. A distribuição da população por sexo e faixa etária na nossa área de abrangência da UBS está de acordo com a distribuição brasileira, logo os dados estimados pelo Caderno de Ação Programática (CAP) se assemelham com a nossa realidade.

De acordo com os dados presentes na nossa área temos 51 crianças menores de 1 ano existentes na área de abrangência, valor que está de acordo com o estimado no Caderno de Ação Programática (CAP). Da mesma forma, conhecemos na nossa área 24 gestantes, o que constitui com a estimativa de 1,2 % da população, valor semelhante ao apresentado pelo CAP.

Fazendo uma reflexão sobre o acolhimento e a atenção a demanda espontânea posso dizer que nossa equipe realiza acolhimento de referência de usuário, no qual cada usuário é acolhido pelos profissionais da equipe de sua área, tendo como vantagem a potencialização do vínculo e responsabilização entre a equipe e população adstrita. Como dificuldade, apontamos a extensa área territorial de abrangência pela distancias da sede, de forma que quando saio para as visitas domiciliares em áreas distantes não posso cobrir a demanda espontânea na unidade, afetando assim a qualidade dos serviços.

A demanda espontânea, quando em excesso, é atendida de acordo com a estratificação de risco. Entretanto, nossa equipe busca realizar o planejamento e a organização da agenda continuamente para ter uma demanda organizada e disponibilidade para assistir os casos que se apresentam na demanda espontânea.

A população de nossa área adstrita é de 3.025 pessoas com predomínio do sexo feminino e da faixa etária de 15 a 59 anos de idade, sendo a estrutura da equipe adequada para o tamanho da área adstrita, contamos com sete agentes comunitários para cada micro área, o que permite o adequado acompanhamento da população pela equipe e a realização do trabalho de forma organizada, planejada e com programação de atendimentos. Não temos excesso de demanda espontânea, mas temos disponibilidade para o atendimento de demanda espontânea de acordo com estratificação de risco e vulnerabilidade social oferecendo sempre um bom acolhimento e atendimento a nossa população.

A atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses é realizada pelo enfermeiro, médico e o técnico de enfermagem. **A cobertura de crianças da UBS é de 45 para 100%, acorde com a estimativa.** Após a consulta de puericultura as crianças já saem do consultório com a próxima consulta agendada, oferecemos atendimentos a crianças com problemas de saúde agudos, mas não temos excesso de demandas para os mesmos. Fazemos uso do protocolo de atendimento de puericultura e contamos com o registro específico para realizar o monitoramento das ações, sendo revisado periodicamente com a finalidade de verificar crianças faltosas a consultas e identificar procedimentos em atraso.

Em cada consulta orientamos sobre as dicas de alimentação saudável disponíveis na caderneta da criança, explicamos como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento, do peso e oferecemos informação para a data da próxima vacina. Dentro das principais ações desenvolvidas no cuidado às crianças na puericultura destacamos o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, imunizações, prevenção de anemia, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, atenção à saúde bucal, atenção à saúde mental e Teste do Pezinho.

O programa Bolsa Família do Ministério da Saúde também é realizado na UBS. Percebemos que as ações educativas contribuem na melhoria da qualidade de vida da população, fundamentalmente das crianças que é um grupo vulnerável a situações de risco a saúde, nossa equipe de saúde faz atividades educativas em toda as áreas

de abrangência para melhorar o conhecimento da população sobre a importância da assistência e regularidade da puericultura para conhecer o desenvolvimento da criança, importância do aleitamento materno, vacinação, cuidados gerais do recém-nascido e prevenção de acidentes.

O teste de pezinho é feito na maternidade ou quando estão na área, na própria unidade. Considero que a saúde da criança na atenção primária de saúde é uma das ações mais importantes porque permite diminuir a morbi-mortalidade infantil, além do acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança, possibilitando a avaliação de situações de risco na mesma. Ao fazer o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas (CAP) e observar a situação da assistência à criança em minha UBS posso dizer que o total de crianças menores de um ano residente na área são acompanhadas na UBS, alcançando assim uma cobertura de 100% (45). Destas, 89% (40) tem consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde e apenas 31% (14) estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, refletindo que ainda temos mães que demoram em levar seus filhos para as consultas agendadas e que possuem pouco conhecimento sobre a importância da puericultura em tempo e com a sistematicidade adequada. Para evitar este tipo de atraso nas consultas e melhorar a assistência à criança, nossa equipe de saúde realiza atividades educativas na área de abrangência e orienta a comunidade em geral sobre o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança.

Ainda, a partir do preenchimento do CAP, observamos que 100% (45) das nossas crianças realizaram o teste do pezinho e a primeira consulta de puericultura até os sete dias de vida, estão com vacinas em dias e o monitoramento do crescimento e desenvolvimento realizado na última consulta. Todas as mães e/ou responsáveis foram orientados sobre o aleitamento materno exclusivo, cuidados gerais com o recém-nascido e sobre a prevenção de acidentes, pois mantemos atividades educativas com grupos de mães e com a população geral. A avaliação de saúde bucal foi realizada em 91% (41) das crianças, porque temos mães que são faltosas, por enquanto temos realizado visitas as mães faltosas e agendamos as consultas de puericultura ou de atenção à saúde bucal. Destaco que sobre a triagem auditiva não tenho conhecimento de que seja feito, mas quando temos algum recém-nascido com risco para deficiências auditivas, estes são encaminhadas ao fonoaudiólogo e otorrinolaringologia para sua avaliação

Em relação à atenção pré-natal e puerpério, temos um registro das gestantes, cada ACS conhece suas gestantes e as características de cada uma delas, mas ainda assim eu acho que temos que trabalhar mais na identificação das gestantes de nossa área de abrangência, pois a captação não precoce não atinge todas e, segundo a estimativa do CAP, pode ser que haja gestantes na área que não foram identificadas pela equipe. Nossa cobertura de acordo com o CAP é de 79%, visto que assistimos 24 das 30 mulheres gestantes estimadas para nossa área. Para o atendimento seguimos os protocolos de atenção pré-natal do Ministério da Saúde e temos registros específicos para o monitoramento das ações, em todas as consultas são preenchidas as informações no cartão da gestante. Acredito que necessitamos aumentar as ações educativas voltadas para as mulheres em idade fértil, para que elas conheçam que a UBS é o melhor local para o acompanhamento do período gestacional. Das 24 gestantes que são atendidas na UBS, 20 (83%) delas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, estão com suas consultas em dia e tiveram solicitados os exames laboratoriais preconizados na primeira consulta.

Todas as gestantes estão com suas vacinas em dias conforme protocolos e estão orientadas sobre a importância do aleitamento exclusivo. Das acompanhadas 22 (92%) das gestantes estão com prescrição de sulfato ferroso, 19 (79%) realizaram o exame ginecológico por trimestre e 18 (75%) foram avaliadas quanto a saúde bucal

Cada consulta realizada tanto pela enfermeira quanto pelo médico é uma oportunidade para nossa equipe conversar com a mulher sobre a gestação, as consequências e riscos da mesma, sobre os sinais de alerta, a importância da alimentação saudável e da vacinação, importância do aleitamento exclusivo até o sexto mês, assim tanto a gestante como o acompanhante são orientados sobre a gestação e puerpério.

O médico da equipe tem os conhecimentos para atender bem a gestação, mas às vezes é preciso que as gestantes sejam avaliadas por outros especialistas, que não temos no município e por isso as gestantes precisam ser deslocadas para o município vizinho.

Quanto a cobertura de puerpério, temos que 100% (45) das puérperas foram avaliadas nos últimos 12 meses, todas foram consultadas antes dos 42 dias de pós parto, tiveram seus achados devidamente registrados em prontuário e tiveram abdômen e condições psíquicas avaliadas. Destas, 43 (96%) receberam orientações sobre cuidados de recém-nascidos, 42 (93%) receberam orientação sobre o

aleitamento materno, tiveram mamas examinadas e realizaram exame ginecológico. Entretanto, apenas 23 (51%) foram orientadas quanto o planejamento familiar e 14 (31%) foram avaliadas quanto as intercorrências.

A nossa equipe percebe a necessidade de trabalhar com atividades educativas para aumentar o nível de conhecimento e assim melhorar a qualidade de saúde da população, pois percebe o nível de desconhecimento da população e certas crenças e mitos quanto à gestação e puerpério.

O câncer de colo de útero e de mama são doenças que precisam de ações de promoção de saúde, prevenção, detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos quando esses se fizerem necessários pela alta incidência e mortalidade na população feminina. Realizando a leitura da apresentação sobre o controle do câncer de colo de útero e de mama disponibilizada pelo curso e do Manual do Ministério da Saúde e o preenchimento do questionário e Caderno de Ações Programáticas, posso afirmar que a assistência prestada em nossa unidade tem buscado garantir a qualidade e a prevenção do câncer de colo de útero e mama.

Para o preenchimento das informações sobre a prevenção do câncer de mama e colo de útero no CAP, utilizamos os dados recolhidos nos livros de registro, prontuário clínico e formulário para exame citopatológico.

O controle de Câncer de Colo de Útero é realizado por nossa equipe através de ações de rastreamento, que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas sadias e ações de diagnóstico precoce, ou seja, captar precocemente alguém que já tem sintomas ou alterações no exame físico. Além disso, orientamos sobre a necessidade da realização dos exames, sua periodicidade, e sinais de alerta que podem significar câncer através de palestras, folhetos e orientações em cada espaço onde seja realizada alguma ação de saúde, sendo estratégias para manter o seguimento adequado de mulheres com exame citopatológico.

Em nossa UBS temos uma estimativa de 732 mulheres entre 25 e 64 residentes na área, entretanto destas 706 são acompanhadas na UBS para a prevenção de câncer de colo de útero, o que nos dá uma cobertura de 96% deste programa. Quanto aos indicadores de qualidade temos 630 (89%) mulheres com exames citopatológico em dia e com exames coletados com amostras satisfatórias; 12 (1,7%) estão com exame com mais de seis meses de atrás, sendo este um número não representativo; não foi detectado mulheres com exame alterado até o momento; 610 (86%) foram

avaliadas quanto ao risco de desenvolver câncer de colo de útero e foram orientadas sobre a prevenção para câncer de colo de útero e orientação sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Das mulheres que realizaram a coleta na UBS, 623 (88%) apresentaram exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar. Fazendo uma reflexão dos indicadores considero que devemos fortalecer ainda mais as atividades educativas na população feminina.

No caso de câncer de mama fazemos atividades de promoção e prevenção para a detecção precoce em todas as áreas de abrangência, tendo em conta a faixa etária, e buscamos identificar os principais fatores de risco e sinais e sintomas para o diagnóstico da doença e assim diminuir a taxa da doença. Contamos com registro que permitem realizar o monitoramento regular destas ações.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, a cobertura é adequada visto que 87% (197) do total de mulheres entre 50 e 69 residentes (227 estimadas) na área são acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama. Relacionado esta cobertura com os indicadores de qualidade do Controle do Câncer de Mama observamos que apenas 25% (50) destas mulheres estão com a mamografia em dia, este indicador está baixo até porque o programa de realização de mamografia pelo SUS, em nosso município, foi iniciado há pouco tempo.

Do total de mulheres acompanhadas na unidade, 45% (147) estão com a mamografia com mais de três meses de atraso, acreditamos que isto se relaciona com o desconhecimento das mulheres sobre a importância do exame e o fato da predominância de pessoas residentes em área rural muito distante, o que dificulta a ida à unidade. Quanto a avaliação de risco e orientação sobre prevenção para câncer 79% (156) estão devidamente avaliadas e orientadas.

Nossa equipe continua fazendo o trabalho de promoção da saúde, prevenção dos cânceres e detecção precoce tanto do câncer de mama e colo de útero em todas as áreas de abrangência, buscamos identificar os principais fatores de risco durante as consultas e os sinais e/ou sintomas para o diagnóstico destas doenças. Acreditamos que precisamos intensificar a busca ativa das mulheres e realizar o melhor controle dos atrasos na realização dos exames.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) a hipertensão arterial e diabetes mellitus são doenças muito frequentes de atendimento nos serviços de saúde e são as primeiras causas de mortalidade e hospitalizações no Brasil. Por isso, na unidade em

que atuo a atenção às pessoas com hipertensão e diabetes é programado duas vezes por semana, sendo realizado pela enfermeira ou médico da equipe, sendo que todo hipertenso e/ou diabético já sai da unidade com a próxima consulta agendada, o que oferece continuidade no atendimento.

Utilizamos os protocolos para hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde e temos os registros específicos para cada usuário, realizando avaliação periodicamente. Rotineiramente fazemos atendimento de problemas de saúde agudo decorrentes destas doenças e fazemos ações para estimular adoções de hábitos de vida saudáveis, além da detecção precoce e pesquisa nas consultas, visitas domiciliares e atividades de saúde realizadas na comunidade.

Para preenchimento dos dados do CAP foram recolhidas informações no prontuário clínico e dos registros específicos dos adultos com hipertensão e diabetes. A partir destes dados observamos que a estimativa do número de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área é de 607 pessoas, quantitativo que não parece adequado a nossa realidade que é de 405 hipertensos com 20 anos ou mais, o que nos dá uma cobertura de atenção a 67% dos hipertensos. Isto nos indica que é primordial fortalecer o trabalho da equipe de saúde na busca ativa, detecção precoce da doença e a estratificação dos principais fatores de risco para o controle da mesma.

Quanto aos indicadores de qualidade verificamos que o número de hipertensos acompanhados na unidade e com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico é de 366 (90%); estão com atraso de consulta agendada em mais de sete dias 128 (32%) hipertensos, acreditamos que este valor está baixo porque as micro áreas são muito distantes da sede da unidade e a população tem dificuldade para locomoção, além disto temos pacientes que não estão conscientes das complicações do seu problema de saúde e da importância do adequado seguimento para prevenção destas, desta forma, não são frequentes no consultório.

Dos usuários com hipertensão acompanhados, 366 (90%) estão com os exames complementares periódicos em dia, foram orientados sobre a importância da prática de atividade física regular e alimentação saudável. Embora este seja um bom percentual, percebemos que precisamos continuar estimulando na população a adoção de hábitos saudáveis de vida e avaliar e estratificar os riscos de cada usuário para melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Quanto a avaliação de saúde bucal em dia temos 340 (84%) usuários avaliados, apesar das orientações oferecidas

através de atividades educativas a população não se conscientiza e acaba não comparecendo às consultas, esquecendo a importância da saúde bucal.

Em relação a atenção às pessoas com Diabetes Mellitus, o CAP nos dá uma estimativa de 174 pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área, entretanto, apenas 43 (25%) diabéticos estão sendo acompanhados na unidade. Este número é muito baixo, por isso acredito que precisamos incrementar a busca ativa, o trabalho educativo na comunidade através de rodas de conversa e outros meios de divulgação convidando a comunidade a comparecer a unidade de saúde para o seu integral acompanhamento.

Considerando os indicadores da qualidade a assistência prestada aos usuários cadastrados na unidade também precisa ser melhorada. O número de diabéticos com a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico realizado é de 32 (74%), este mesmo número de usuário está com os exames complementares periódicos em dia, exame físico e sensibilidade dos pés nos últimos três meses realizado e palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso também realizados nos últimos três meses.

Verifica-se que 11 (26%) diabéticos estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, o que acreditamos também se relaciona com o fato da unidade está afastada das micro áreas. Entretanto, todos os diabéticos com 20 anos ou mais foram orientados sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis e 32 (74%) foram submetidos a avaliação de saúde bucal.

O envelhecimento e o cuidado da Saúde da Pessoa Idosa constituem uma das prioridades da Atenção Básica de Saúde pela necessidade de cuidados e de atenção dessa população, através de um acolhimento e atendimento adequado, tendo em conta as doenças crônicas não transmissíveis que os afetam com muita frequência afetando a funcionalidade das pessoas idosas assim como outras limitações, sendo importante o trabalho da equipe de saúde importante para garantir um melhor estado de saúde (BRASIL, 2006).

Ao fazer a leitura da Apresentação – Saúde da Pessoa Idosa e os documentos relacionados com Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e o preenchimento do Questionário e Caderno de Ações Programáticas a estimativa do número de pessoas idosas residentes na área é de 323 e a realidade é de 262 pessoas idosas com 60 anos ou mais, o que nos dá uma cobertura de 81%. Acredito que os resultados podem ser melhores, mas considero a avaliação da cobertura de atenção à Saúde da Pessoa Idosa adequada, pois minha área é muito complexa, com áreas muito distantes da

sede e dificuldades para o deslocamento em decorrência da falta de transporte de forma sistemática e dos problemas de saúde presentes nessa população. Mesmo assim 79% (207) dos idosos estão com suas avaliações em dia.

Quanto aos indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa avaliados, o número de idosos com caderneta de saúde é de 85 (32%), isto porque não temos a disponibilização da mesma para ampla distribuição. A realização de avaliação multidimensional rápida foi feita em 89 (34%) idosos, o que é um valor baixo, mas penso que temos que fortalecer o nosso trabalho garantindo que todos sejam devidamente avaliados.

Dentre as pessoas acima de 60 anos acompanhados em nossa unidade, 129 (49%) são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e 16 (0,06%) portadores de Diabetes Mellitus. Nossa equipe vem estabelecendo estratégias para aumentar o rastreamento e o contínuo diagnóstico destas doenças tendo em conta os fatores de risco, entretanto, acredito que ainda precisamos intensificar estas ações. 79% (207) dos nossos idosos foram avaliados quanto ao risco para morbimortalidade, tiveram os indicadores para fragilização na velhice investigados, receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular. Embora este seja um bom resultado, ainda precisamos aprimorar as atividades educativas para minimizar as complicações e estimular a maior participação do público idoso.

A avaliação de saúde bucal em dia foi garantida para 157 (60%) idosos, pois temos pacientes que não conhecem a importância da saúde bucal nem sabem que a avaliação sistemática permite a identificação de doenças que podem atingir a saúde.

Em relação à Saúde Bucal na minha UBS a capacidade instalada para prática clínica é 75% correspondendo com a política nacional de saúde bucal trabalhando 8 turnos diretamente aos procedimentos fazendo de dois a três procedimentos por hora, enquanto as capacidades instaladas para ações coletivas são utilizadas 6 horas divididas para atividades de reuniões e ações coletivas.

Ao fazer o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas a avaliação que eu faço da média de procedimentos clínicos por habitante mês em minha UBS é adequada (0,8 %) em relação a capacidade instalada e em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde que é de 0,4 % a 1,6 %. Relacionado com a atenção à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) em na UBS considero que ainda devemos continuar trabalhando em os grupos específicos de forma geral acentuando

o trabalho em idosos que está em 33 %, no grupo de 15 a 59 anos com um 55 % e nas gestantes com um 60 %, o desenvolvimento de ações coletivas em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) em na UBS considero boa pois a equipe de saúde realiza de forma semanal ações de saúde nos grupos específicos ou seja gestantes, hipertensão/diabetes, idosos, escolares e população de forma geral, fazemos atividades educativas e preventivas nas escolas, sobre escovação adequada e higiene bucal.

Relacionado com a razão entre as primeiras consultas programáticas e os atendimentos não programados considero que as consultas programáticas vão em ascensão devido ao trabalho que está realizando a equipe, sendo as não programadas as de menor quantidade, restrito as urgências.

Tendo em conta a parte de Saúde Bucal do Caderno de Ações Programáticas, as perguntas sobre saúde bucal existentes nos questionários sobre cada uma das ações programáticas, a apresentação sobre Monitoramento em Saúde Bucal e a leitura MS 2006, Saúde Bucal, Caderno de Atenção Básica No 17 considero que a atenção à saúde bucal pode ser melhorada em minha UBS: acrescentando o número de consultas programadas dos grupos específicos, avaliando sistematicamente e fazendo controle adequado de pacientes com doenças crônicas que podem desencadear complicações bucais e assim diminuir os casos de urgências, além disso acrescentar o número de atividades coletivas e educativas utilizando todos os espaços comunitários e meios de comunicação para oferecer orientação sobre saúde bucal de melhor qualidade.

Os maiores desafios para nossa equipe é a Atenção Básica do município João Costa alcance o nível que tem a saúde pública em meu país conseguindo que a equipe de trabalho se mantenha dentro da comunidade, fortalecendo a inter-relação médico e paciente, facilitando assim conhecer todos os problemas que afetam a família de forma geral, permitindo planejar e organizar ações para resolver os mesmos. E o melhor recurso que temos é a nossa equipa de trabalho, que está completa e vem se esforçando para oferecer um serviço de saúde de alta qualidade.

A partir dos dados obtidos no CAP e da análise da atenção em saúde bucal ofertado em nossa unidade, considero que esta assistência pode ser melhorada em minha UBS, acrescentando o número de consultas programadas por grupos específicos; avaliando sistematicamente e fazendo controle adequado dos usuários com doenças crônicas, que podem desencadear complicações bucais e assim

diminuir os casos de urgências; além de intensificarmos o número de atividades coletivas e educativas utilizando todos os espaços comunitários e meios de comunicação para oferecer orientação sobre melhores condições de saúde bucal para a população.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Fazendo um comentário comparativo da tarefa da segunda semana de Ambientação e este relatório, acredito que já ocorreram muitas mudanças a partir de meu começo na UBS. Com a análise situacional começamos a identificar os diferentes problemas de saúde que mais afetavam nossa comunidade UBS de forma mais aprofundada, traçando metas e diferentes estratégias de saúde para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e mudar a visão dos trabalhadores sobre o processo de trabalho, que não deve ser só assistencial, mas envolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Os indicadores de cobertura dos idosos com mais de 60 anos eram de 262 para um 81 % e os indicadores de qualidade o número de idosos com caderneta de saúde 85(32%), realização de avaliação multidimensional 89(34%), acompanhamento em dia 207(79%), Hipertensão Arterial 129(49%), Diabetes Mellitus 16(6%), avaliação do risco morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização da velhice, orientações nutricionais e para atividade física regular foi respectivamente 207(79%) , avaliação bucal 157(60%).

As mudanças acontecidas foram muitas pois conseguimos o trabalho em conjunto da equipe e criamos um vínculo com a população assistida, além disso logramos avaliação dos usuários de forma individual e coletiva na própria área de trabalho, fortalecendo o acolhimento e o trabalho, a participação nas atividades educativas, aquisição de conhecimentos e mudanças no hábito e estilo de vida logrando melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida dos idosos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O envelhecimento e o cuidado da Saúde da Pessoa Idosa constituem uma das prioridades da Atenção Básica de Saúde pela necessidade de cuidados e de atenção dessa população. Tendo em vista que as doenças crônicas não transmissíveis afetam com muita frequência o público idoso, interferindo na funcionalidade deles, o acolhimento e o atendimento adequado se tornam essenciais para a garantia de um melhor estado de saúde. A equipe da atenção básica tem a possibilidade de estimular hábitos de vida mais saudáveis, o que contribuirá para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2006).

A UBS Dr. Jose Abel Modesto Amorim está localizada na área rural e segue o modelo da Estratégia de Saúde da Família. Estruturalmente é grande, pois a pouco tempo foi reformada, é composta por uma recepção e uma sala de espera com espaço para o adequado acolhimento do público idoso, temos consultórios para médico e enfermeira e todos os ambientes específicos para fornecer uma boa assistência. Nossa equipe de saúde está constituída por um médico, dois enfermeiros, três técnicas de enfermagem, dois odontólogos, duas técnicas de saúde bucal e sete agentes comunitários de saúde.

A população da área adstrita é de 3.025 pessoas com predomínio do sexo feminino e da faixa etária de 15 a 59 anos de idade, sendo a estrutura da equipe adequada para o tamanho da área adstrita. A estimativa do número de pessoas idosas residentes na área, segundo o CAP, é de 323 e a realidade é de 262 pessoas idosas com 60 anos ou mais, o que nos dá uma cobertura de 81%, sendo que 79% (207) dos idosos estão com suas avaliações em dia; 32% (85) possuem a caderneta de saúde, isto porque não temos a disponibilização da mesma para ampla distribuição; a

realização de avaliação multidimensional rápida foi feita em 34% (89) dos idosos e 79% (207) dos nossos idosos foram avaliados quanto ao risco para morbimortalidade, tiveram os indicadores para fragilização na velhice investigados, receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular.

Embora tenhamos uma boa cobertura da atenção, alguns indicadores de qualidade estão abaixo do esperado, demonstrando que a equipe de saúde precisa garantir que todos sejam devidamente avaliados, intensificando também o rastreamento e o diagnóstico de doenças crônicas na população idosa, tendo em vista os fatores de risco. Além disto, é preciso aprimorarmos as atividades educativas para minimizar as complicações e estimular a maior participação do público idoso.

Diante disto, a intervenção voltada para o público idoso é muito importante para a garantia da qualidade da atenção prestada. Nossa equipe de saúde encontrasse comprometida com o trabalho de educação e orientação da população através de atividades educativas e tem buscado oferecer o adequado acolhimento e uma boa comunicação com a população. As principais dificuldades ou limitações da nossa área é a complexidade da mesma pois temos lugares muito distantes e falta transporte de forma sistemática, o que limita o deslocamento e contribui com os atrasos nas consultas agendadas e no número de usuários faltosos. Contudo, referente aos aspectos que viabilizam a intervenção podemos apontar a boa comunicação que tem a equipe com a comunidade e com os representantes das micro áreas, além das atividades que são realizadas sistematicamente com os agentes comunitários.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde aos idosos na UBS Dr. Jose Abel Modesto Amorim, município São José de Piauí/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 95%

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas

Meta 2.3. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Meta 2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Meta 2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Meta 2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Meta 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Jose Abel Modesto Amorim, no Município de Joao Costa, Estado Piauí. Participarão da intervenção as pessoas idosas da área, com 60 anos ou mais.

Com o foco da intervenção definido (Atenção à saúde do idoso), a equipe passou a definir os objetivos e as metas para a intervenção, levando em consideração as necessidades da população e a planilha de objetivos, metas, indicadores e ações fornecidas pelo curso de especialização. Para tal, faz-se necessário seguir os quatro eixos de atuação: monitoramento e avaliação, organização da gestão e do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público; a partir dos quais descreveremos as ações a serem executadas.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura da saúde do Programa da Pessoa Idosa.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura da atenção a saúde da pessoa idosa da área da UBS para 95%

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: O monitoramento será feito através das fichas espelho (Anexo A) e planilhas de coleta de dados (Anexo B), ambos instrumentos fornecidos pelo curso de especialização da UFPel, e será realizado pelo médico e enfermeira sempre ao final de cada mês da intervenção, avaliando os resultados e verificando se as estratégias adotadas estão dando certo ou se precisam ser reformuladas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ações: Acolher os idosos; cadastrar todas as pessoas idosas da área da UBS e atualizar as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/ e-SUS).

Detalhamento: O acolhimento ao idoso será feito por toda a equipe de trabalho: auxiliar de enfermagem, enfermeira, médico e agente comunitário de saúde, não só para as consultas de rotina, mas também para a realização de procedimentos e nos espaços comunitários, escolas, igrejas, domicílios ou outro local. O cadastramento do público idoso será feito durante as consultas e as visitas domiciliares pela equipe de saúde e os dados serão preenchidos pela enfermeira ou auxiliar de enfermagem. A atualização das informações do SIAB/ e-SUS será responsabilidade da enfermeira e da auxiliar enfermagem, que ao final de cada mês encaminharão o consolidado para a Secretaria de Saúde, a fim de que o setor de Sistema de Informação atualize os dados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Esclarecer a comunidade sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS; informar a comunidade sobre a existência do Programa de Saúde do Idoso da UBS.

Detalhamento: A equipe de saúde oferecerá informação nas consultas e fará palestras na área de abrangência com a comunidade. Além disto, utilizará de meios de comunicação para oferecer informação sobre a importância do acompanhamento periódico das pessoas idosas e sobre a existência do Programa de Saúde do Idoso da UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento das pessoas idosas; capacitar os ACS na busca das pessoas idosas que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e capacitação da equipe da UBS para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: O Médico e a enfermeira da equipe de saúde serão responsáveis por oferecer capacitações mensalmente a todos os membros da equipe e agentes comunitários sobre acolhimento, busca de pessoas idosas sem acompanhamento e Política de Humanização. Para estas capacitações utilizaremos os Manuais do Ministério da Saúde.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde)

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todas as pessoas idosas cadastradas no Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: O monitoramento da realização de Avaliação Multidimensional Rápida será realizado pelo médico e a enfermeira através da ficha de coleta de dados

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO

Ações: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas (balança, antropômetro e Tabela de Snellen...); definir as atribuições de cada profissional de equipe na Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas.

Detalhamento: O médico, juntamente com a equipe, durante a reunião com todos os profissionais, definirá as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas seguindo critérios de protocolo das pessoas idosas.

Nossa equipe de saúde fará revisão mensal dos equipamentos e se algum destes apresentar problema no funcionamento ou houver falta de algum material faremos solicitação aos gestores de saúde para garantir o funcionamento adequado dos equipamentos e o material necessário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável e compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: A equipe de saúde fará atividades educativas com a comunidade e com grupo de idosos para orientar sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno. Além disto, compartilharemos as condutas no tratamento, com os usuários e familiares, durante as consultas e visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Capacitar aos profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS; treinar a equipe para Avaliação Multidimensional Rápida e para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: A equipe de saúde em parceria com gestores de saúde solicitará profissionais para capacitação e treinamento da equipe, a fim de que cada profissional possa realizar a Avaliação Multidimensional Rápida e o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas; atendendo assim ao protocolo adotado pela UBS.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorará a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa através da planilha de coleta de dados e do prontuário clínico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas idosas; garantir busca das pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado; organizar agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares; garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelo exame clínico das pessoas idosas, que será realizado durante a consulta na unidade ou no domicílio.

A equipe de saúde informará aos agentes comunitários quem são os usuários faltosos e estes profissionais serão responsáveis pela busca das pessoas idosas que não realizaram o exame clínico apropriado. A enfermeira agendará as consultas para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares de acordo com a disponibilidade de cada um.

A equipe de saúde em parceria com os gestores fará a solicitação da referência e contra referência, seguindo o protocolo ministerial, utilizando a ficha de referência e contra referência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Orientar a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.

Detalhamento: A equipe de saúde através de atividades educativas e folhetos orientará a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão a equipe para a realização de exame clínico apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos seguindo o protocolo do Ministério da Saúde (MS).

Meta 2.3 Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

Ações: Monitorar o número pessoas idosas submetidos a rastreamento para Hipertensão Arterial Sistêmica, periodicamente (pelo menos anualmente)

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis por monitorar o número de pessoas idosas submetidas a rastreamento para hipertensão periodicamente, este monitoramento será realizado através da planilha de coleta de dados e do prontuário clínico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

Ações: Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de hipertensão; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: O acolhimento será feito por toda equipe de saúde: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários e todo o pessoal que trabalha na UBS, tanto na unidade quanto em todos os espaços comunitários, priorizando aqueles portadores de hipertensão.

A equipe de saúde fará revisão mensal dos equipamentos necessários para a tomada da pressão arterial e se algum destes apresentar problema no funcionamento ou estiver em falta faremos solicitação aos gestores de saúde para garantir o funcionamento adequado dos equipamentos e o material necessário, respectivamente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão.

Detalhamento: A equipe de saúde fará atividades educativas e palestras para orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão responsáveis pela capacitação dos demais integrantes da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito.

Meta 2.4 Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus.**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

Ações: Monitorar número de pessoas idosas submetidos a rastreamento para diabetes, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis por monitorar o número de pessoas idosas submetidas a rastreamento para diabetes periodicamente, este monitoramento será realizado através da planilha de coleta de dados e do prontuário clínico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

Ações: Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de diabetes; garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde e criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: O acolhimento será feito por toda equipe de saúde: médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários e todo o pessoal que trabalha na UBS, tanto na unidade quanto em todos os espaços comunitários, priorizando aqueles portadores de diabetes.

A equipe de saúde terá um estoque com a quantidade suficiente de material para a realização de hemoglicoteste, o qual será verificado constantemente pela auxiliar de enfermagem, que será a responsável por sinalizar à enfermeira a falta do material, que será solicitado à secretaria de saúde pela enfermeira.

A equipe de saúde avaliará todos os idosos e fará hemoglicoteste naqueles que apresentarem sinais e sintomas de diabetes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para diabetes nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes.

Detalhamento: A equipe de saúde será encarregada através das consultas e visitas domiciliares, além de atividades educativas, palestras e materiais didáticos como folhetos, de orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para diabetes nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: A enfermeira será encarregada de capacitar a equipe para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.5 Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para idosos com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: O monitoramento da realização de exame físico dos pés em pessoas idosas portadoras de diabetes será feito através da planilha de dados pelo médico e enfermeira ao final de cada turno de trabalho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes; garantir busca a pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico dos pés apropriado; organizar a agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares e garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelo exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes a ser realizado em cada consulta. Desta forma, tanto o médico quanto a enfermeira informarão aos agentes comunitários sobre a necessidade de buscar as pessoas idosas com diabetes que não realizaram o exame físico dos pés apropriado. Estes serão buscados pelos ACS e a enfermeira fará o agendamento da consulta conforme a disponibilidade de cada idoso.

A equipe de saúde em parceria com a coordenação solicitará a avaliação do usuários idoso portador de diabetes com o especialista, sempre que necessário, seguindo o fluxo da referência e contra referência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: A equipe de saúde em parceria com especialistas fará palestras na UBS e nos espaços da comunidade com grupos de diabetes e a população em geral para orientação dos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame físico dos pés apropriado e o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão a equipe para a realização de exame físico dos pés apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas seguindo as recomendações dos protocolos do MS.

Meta 2.6 Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ações: Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O monitoramento será feito em cada uma das consultas pelo médico e enfermeira através das fichas espelhos e prontuários. Mensalmente, se avaliará com toda a equipe as ações executadas, traçando novas estratégias para resolver as dificuldades.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS:

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: O médico e enfermeira estarão encarregados de solicitar os exames complementares seguindo o protocolo do MS, além de procurar apoio de gestor municipal para garantir a agilidade na realização dos exames complementares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

Detalhamento: A equipe será encarregada de orientar os usuários nas consultas, visitas domiciliares e atividades educativas na comunidade sobre a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que estes devem ser feitos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: O médico capacitara a equipe para a solicitação de exames complementares seguindo o protocolo do Ministério da Saúde.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: A enfermeira monitorara semanalmente através dos registros de usuários com hipertensão e diabetes cadastrados os medicamentos existentes na Farmácia Popular/HIPERDIA e quais idosos tiveram acesso aos mesmos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS:

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira e técnica de enfermagem realizarão o controle mensal da quantidade e validade dos medicamentos existentes na UBS através dos registros de entrega de medicamentos para usuários portadores de hipertensão e diabetes cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: A equipe de saúde orientará a comunidade através de atividades educativas quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos por meio da Farmácia Popular/HIPERDIA e de alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: O médico e a enfermeira, seguindo o que rege os protocolos do MS, capacitarão os profissionais sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA

Meta 2.8 Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% das pessoas idosas da área).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Ação: Monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: A enfermeira monitorará através do prontuário clínico e da planilha de coleta de dados o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS:

Ações: Garantir o registro das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Tanto a enfermeira quanto o médico farão o devido registro dos achados clínicos das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Pessoa Idosa da Unidade de Saúde.

Detalhamento: A equipe de saúde informará a população através dos meios de comunicação e de atividades educativas sobre a existência do Programa de Atenção à Pessoa Idosa da Unidade de Saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão aos ACS durante a reunião de equipe para o cadastramento das pessoas idosas, sejam elas acamadas ou com problemas de locomoção ou não.

Meta 2.9 Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: A enfermeira e o médico monitorarão através do prontuário clínico e da planilha de coleta de dados a realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Ações: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: A enfermeira, juntamente com os ACS, agendará as visitas domiciliares às pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. Quando esta profissional julgar necessário, o médico também realizará a visita em domicílio para avaliar o idoso acamado.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ações: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Os agentes comunitários serão os responsáveis por orientar a comunidade sobre os casos que deverão ser solicitada a visita domiciliar e a disponibilidade das mesmas para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: O médico e a enfermeira, em cada reunião de equipe, orientarão os ACS sobre a importância do cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados e reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas.

Detalhamento: A enfermeira, o médico e a equipe de saúde bucal monitorarão através da ficha odontológica e da planilha de coleta de dados a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Ações: Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde; cadastrar as pessoas idosas na unidade de saúde; oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas na unidade de saúde e organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

Detalhamento: A equipe toda realizará o acolhimento das pessoas idosas na UBS. O médico, enfermeira e agentes comunitários serão encarregados do cadastro destes usuários e de facilitar o atendimento prioritário a quem precisar do mesmo.

A equipe de saúde bucal agendará as consultas para atendimento das pessoas idosas, buscando ao máximo incluir o idoso no mesmo dia em que este for examinado pela equipe de saúde da família.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas.

Detalhamento: A equipe de Saúde Bucal através de atividades educativas informará sobre a importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas.

Detalhamento: A equipe de saúde bucal capacitará todos os profissionais nas reuniões da equipe sobre a avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas.

Meta 2.11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: O médico, enfermeira e equipe de saúde bucal monitorara a través dos registros dos usuários, prontuário clínico e planilha de coleta de dados o número de pessoas cadastradas na UBS em acompanhamento odontológico no período.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Ações: Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde; monitorar a utilização de serviço odontológico por pessoas idosas da área de abrangência; organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas e oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas.

Detalhamento: O acolhimento às pessoas idosas será feito por toda a equipe de saúde tanto na UBS quanto nos espaços em que houver o encontro com o usuário idoso. A equipe de saúde bucal organizará o agendamento das consultas de saúde bucal e facilitara o atendimento prioritário daqueles que precisarem, buscando realizar a consulta odontológica no mesmo dia da avaliação com a enfermeira e/ou médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde; esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais e ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: O médico, enfermeira e equipe de saúde bucal através das atividades educativas na comunidade informará a todos sobre o atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e a importância desta avaliação para a saúde geral do idoso. Esclarecerá sobre a necessidade da realização de exames e para isso realizaremos reuniões na comunidade, nas quais buscaremos ouvir a população, criar estratégias e planejar ações para a captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo; para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico; capacitar os ACS para captação de pessoas idosas e capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira, em cada reunião de equipe, orientarão a equipe sobre a importância de acolher bem os idosos e realizar o cadastro, identificação e encaminhamento deste usuário para o serviço odontológico. Todos os ACS serão capacitados pela equipe de saúde bucal para a captação de pessoas idosas.

Meta 2.12 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Detalhamento: A equipe de saúde bucal através do prontuário e registro odontológico monitorará o número de pessoas idosas cadastradas na UBS com avaliação de alterações de mucosa bucal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Ações: Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar pessoas idosas da área não avaliadas; disponibilizar material informativo relativo ao auto-exame da boca.

Detalhamento: O médico, a enfermeira, a equipe de saúde bucal e os agentes comunitários participarão das campanhas de vacinação intensificando as ações de

captação de pessoas idosas da área não avaliadas, além disso facilitará a distribuição e o acesso aos materiais educativos sobre o autoexame da boca como folhetos e outros entre a população.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca; esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta.

Detalhamento: A equipe de saúde em conjunto com a equipe de saúde bucal realizará atividades educativas para esclarecer sobre os fatores de risco para as doenças odontológicas, a importância do autoexame da boca e do exame da mucosa realizado pelo profissional de saúde durante a consulta.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa e capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

Detalhamento: A equipe de saúde bucal capacitará a todos os profissionais para identificação de alterações da mucosa e os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

Meta 2.13 Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária.

Detalhamento: A equipe de saúde bucal, o médico e a enfermeira realizarão o monitoramento do número de pessoas idosas cadastradas na UBS com necessidade de prótese dentária através das planilhas de coleta de dados e registros de grupo de pessoas idosas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Ações: Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses e solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

Detalhamento: A equipe de saúde bucal solicitará ao gestor de saúde a adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses e de materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.

Detalhamento: A equipe de saúde bucal através de atividades educativas nas consultas e espaços comunitários esclarecerá sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias

Detalhamento: A equipe de saúde bucal capacitará a todos os profissionais para orientar aos idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento às pessoas idosas adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: A equipe de saúde monitorará, de forma mensal, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento às pessoas idosas adotado pela UBS através do prontuário clínico e da planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A equipe de saúde, em conjunto com os agentes comunitários, fará visitas domiciliares para busca de faltosos e a enfermeira agendará consultas para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares. As consultas serão agendadas conforme a disponibilidade do usuário e sempre que o idoso não puder se dirigir à unidade a enfermeira e/ou o médico farão a consulta em domicílio.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer as pessoas idosas e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A equipe de saúde organizará atividades educativas na comunidade para informar a todos sobre a importância da realização das consultas e da periodicidade preconizada para a realização das mesmas, bem como para ouvir a comunidade, criar estratégias e planejar ações para não ocorrer evasão das pessoas idosas da unidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Treinar os ACS para a orientação das pessoas idosas quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe o médico e a enfermeira orientarão aos ACS sobre a periodicidade das consultas voltadas para o público idoso, que foi definida pela própria equipe.

Objetivo 4 - Melhorar o Registro das informações

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS.

Detalhamento: A enfermeira e o médico monitorarão a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS semanalmente revisando o cumprimento das consultas agendadas e a avaliação clínica prestada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros; organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: A enfermeira será encarregada, junto com auxiliar de enfermagem, por manter todos os dados de SIAB atualizados. Já o médico e a enfermeira farão o monitoramento das ações executadas durante a intervenção por meio da planilha de coleta de dados e da ficha espelha, que servirão como instrumentos de controle, mas também de sinalização das ações que não foram executadas ou que precisam ser novamente realizadas. Todos os profissionais que tiverem contato com o usuário idoso farão o registro específico do atendimento, mantendo assim atualizadas as informações em cada consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar a comunidade de pessoas idosas sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: A equipe nas consultas e atividades educativas orientará a pessoa idosa sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via do mesmo, se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira, mensalmente nas reuniões de equipe, treinarão a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários no acompanhamento do atendimento às pessoas idosas.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: A enfermeira e o médico revisarão mensalmente os registros realizados na Caderneta da Pessoa Idosa, atualizando este instrumento sempre que for necessário.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Ações: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: A equipe de saúde através do gestor municipal fará a aquisição de quantidade suficiente de Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a fim de que estes instrumentos sejam distribuídos entre a população idosa da nossa área de abrangência.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

Detalhamento: A equipe de saúde durante as consultas, visitas domiciliares e atividades educativas na comunidade orientará os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: A enfermeira e o médico capacitarão toda a equipe para o preenchimento correto e adequado da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 5 - Mapear o risco das pessoas idosas

Meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência

Detalhamento: A enfermeira e o médico através da planilha de coleta de dados e do prontuário realizarão a revisão do número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Ações: Priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: A enfermeira agendará com prioridade no atendimento as pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar as pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: A equipe realizara atividades educativas e palestras com o grupo de pessoas idosas para orientar sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: O médico capacitará os profissionais da unidade para identificação e registro adequado dos fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: A enfermeira e o médico revisarão a planilha de coleta de dados e os prontuários clínicos para monitorar o número de pessoas idosas que tiveram os indicadores de fragilização na velhice investigados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Ações: Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice.

Detalhamento: A enfermeira agendará com prioridade no atendimento as pessoas idosas fragilizadas na velhice.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: A equipe de saúde orientará as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade através das consultas e das atividades em grupo realizadas em todos os espaços da comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente dos idosos fragilizados.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão os profissionais para a identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, seguindo as recomendações presentes no protocolo do MS.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de avaliação da rede social de todas as pessoas idosas acompanhadas na UBS e monitorar todas as pessoas idosas com rede social deficiente.

Detalhamento: O médico e a enfermeira, em conjunto com agentes comunitários, farão avaliação da rede social de cada idoso acompanhado na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Ações: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente

Detalhamento: A enfermeira fará agendamento prioritário para aqueles idosos com rede social deficiente, bem como programará, juntamente com o ACS, a visita domiciliar a estas pessoas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: A equipe de saúde fará atividades educativas na comunidade para orientar as pessoas idosas e a comunidade como acessar o atendimento prioritário e estimulará, por meio de atividades conjuntas com outros setores da prefeitura e organizações da comunidade, a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Disponibilizaremos sempre algumas vagas extras que além de atender a demanda espontânea irá atender os idosos com prioridade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas.

Detalhamento: A enfermeira e o médico, por meio de uma comunicação interna, oficializarão ao gestor a solicitação profissionais para capacitar a equipe para a avaliação da rede social das pessoas idosas

Objetivo 6 - Promover a Saúde das Pessoas Idosas

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas e o número de pessoas idosas com obesidade / desnutrição; monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas e o número de pessoas idosas que realizam atividade física regular e monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: A enfermeira e o médico revisarão a planilha de coleta de dados e os prontuários clínicos para monitorar o número de pessoas idosas que receberam orientações sobre hábitos de vida saudável, seja por meio de atividades em grupo ou por meio da abordagem individual.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS

Ações: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e na orientação para a prática de atividade física regular; demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física e organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Durante a definição do papel de cada profissional na intervenção, definiremos quais as orientações deverão ser dadas aos usuários idosos e em que momento ocorrerá esta orientação.

Além disto, solicitaremos ao gestor o estabelecimento de parcerias para que possamos realizar atividades que busquem incentivar a prática e realização de atividade física regular com educadores físicos.

O médico e a enfermeira realizarão as consultas usando um tempo médio de 25 minutos para cada usuário, com a finalidade de garantir orientações individuais, que atendam ao perfil do usuário assistido.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, da realização de atividade física regular e da importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Toda a equipe da unidade estará atenta para orientar as pessoas idosas, seus cuidadores/familiares e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos de vida saudáveis, bem como sobre a importância da higiene bucal e das próteses dentárias. Essas orientações ocorrerão durante as consultas, bem como nas atividades educativas e visitas domiciliares.

A equipe de saúde, em parceria com profissionais de educação física, organizará atividades com as pessoas idosas para a realização de atividade física regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira"; capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos; capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular e capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: A equipe solicitará à nutricionista capacitações para que todos os profissionais possam orientar os idosos sobre a adoção de hábitos alimentares saudáveis, com orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticas. O odontólogo da equipe capacitará os outros profissionais para oferecer orientações básicas de higiene bucal e de próteses dentária aos idosos.

Além disto, solicitaremos à gestão parceria com profissionais de educação física para capacitar a equipe na orientação básica das pessoas idosas para a realização de atividade física regular.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 95%

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS

Numerador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número total de pessoas idosas residentes na área da UBS

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

Indicador 2.1. Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas

Indicador 2.2. Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.3. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Indicador 2.3. Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica

Numerador: Número de pessoas idosas com medida da pressão arterial na última consulta

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.4. Proporção de pessoas idosas rastreadas para diabetes

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para diabetes mellitus

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia

Denominador: Número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Indicador 2.7. Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.8. Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas

Denominador: Número total de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção

Meta 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.9. Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.10. Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.11. Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.12. Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.13. Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosa às consultas programadas.

Indicador 3.1. Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa

Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS

Denominador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1. Proporção de pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas

Indicador 4.2. Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1. Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2. Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada

Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

Indicador 5.3. Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas

Indicador 6.1. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação para prática regular de atividade física

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 6.3. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

2.3.3 Logística

A intervenção será realizada tomando como norteadora as orientações do Ministério da Saúde presentes nos protocolos: Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento de 2010 e Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa de 2006.

Toda conduta e ação realizada com a pessoa idosa serão registradas na ficha espelho e no prontuário do usuário pelo profissional responsável pela abordagem. Para o monitoramento de cada uma destas informações e das ações realizadas

durante a intervenção serão utilizados os dados das fichas espelhos que serão transcritas para a planilha de coletas de dados, ambas fornecidas pelo curso. O monitoramento ocorrerá semanalmente e será realizado pela enfermeira, que apresentará os resultados para toda equipe durante a reunião.

A equipe de saúde, por meio do médico, apresentará na semana anterior ao início da intervenção o projeto ao gestor municipal de Saúde, destacando os objetivos e metas do trabalho e a importância das ações para o melhoramento da qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS. Neste momento, solicitaremos cópias dos protocolos atualizados para nosso trabalho e também a impressão de 350 fichas espelhos que precisaremos para garantir o devido registro da atenção prestada.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e técnica de enfermagem revisarão o arquivo identificando todos as pessoas idosas e em cada consulta ou visita realizada pela equipe as informações serão atualizadas. A enfermeira localizará as fichas clínica dos usuários idosos e transcreverá as informações para a ficha espelho, neste momento já se realizará um primeiro levantamento de usuários com consulta clínico ou odontológica atrasadas, com necessidade de exames laboratoriais, entre outras informações.

O médico monitorará e organizará a capacitação para os demais profissionais da equipe de saúde a partir dos temas abordados nos protocolos do Ministério da Saúde mencionados ao início, utilização de manual técnico de Hipertensão e Diabetes para oferecer orientações sobre o rastreamento destas doenças, realização de exame físico e revisão e discussão do manual para avaliação multidimensional rápida do idoso, facilitando assim o desenvolvimento dos profissionais tanto na prática clínica e na realização de atividades de educação em saúde com o grupo de idosos e a parceria com a comunidade assegurando controle social, adequada informação e comunicação com os usuários, promovendo saúde e oferecendo participação em decisões e responsabilização pela saúde individual e coletiva. As capacitações ocorrerão no próprio espaço da unidade, durante as duas horas finais da reunião de equipe, que ocorre mensalmente, e abordará as atribuições e responsabilidades de cada integrante da equipe na realização de exame clínico apropriado, exames laboratoriais necessários aos idosos e como realizar a avaliação multidimensional rápida. Cada integrante da equipe realizará estudo de um trecho do tema e explanará para toda a equipe o seu entendimento, promovendo um bate papo construtivo e harmônico. Em conjunto com a enfermeira promoverá discussões sobre o acesso aos medicamentos

da Farmácia Popular/HIPERDIA e como manter atualizado o registro de medicamentos e dados dos idosos portadores de doenças crônicas. As dúvidas dos profissionais sobre a intervenção serão retiradas neste espaço da reunião, bem como no dia a dia da unidade.

O acolhimento às pessoas idosas será realizado por todos os profissionais de saúde durante todos os dias da semana na unidade de saúde. As pessoas idosas que buscarem atendimento na unidade por demanda espontânea com qualquer problema de saúde serão atendidas no mesmo turno sem demora no atendimento, todos já sairão com a próxima consulta agendada e, se necessário, com a solicitação de exames complementários, encaminhamento para atendimento odontológico e atendimento especializado. Por meio dos ACS realizaremos busca ativa dos idosos que não comparecerem à consulta agendada; a enfermeira sinalizará para os ACS, ao final de cada semana, quem são estes idosos. A busca ativa será realizada três vezes na semana e as consultas serão agendadas de acordo com as prioridades dos usuários para um horário de sua conveniência, caso seja identificado que o idoso não pode se locomover para a unidade de saúde será programada uma visita domiciliar, que pode ser realizada pelo médico e/ou pela enfermeira.

Para identificarmos os idosos acamados da nossa área solicitaremos que os ACS realizem o levantamento dos mesmos na primeira semana da intervenção e para todos estes usuários será agendada uma visita domiciliar.

Ainda com o apoio dos agentes comunitários e representantes da comunidade apresentaremos o projeto na segunda semana da intervenção em um espaço presente na comunidade e realizaremos atividades educativas para orientar a comunidade sobre os cuidados com as pessoas idosas, os principais fatores de risco, principais doenças que acometem os idosos, os cuidados que precisam, orientações nutricionais e hábitos de vida saudáveis e o conhecimento para ter a possibilidade de viver com a máxima qualidade possível.

Vale ressaltar, que durante a consulta e visita domiciliar o profissional irá orientar o idoso e seu acompanhante sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis e sobre os cuidados que o mesmo deve ter para manter sua qualidade de vida. Todos serão avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico pelo médico e enfermeira, que encaminharão o usuário, se necessário, para o atendimento com o cirurgião dentista.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A nossa intervenção foi desenvolvida na atenção de saúde das pessoas idosas, sendo realizadas todas as ações propostas no cronograma com o trabalho realizado pela equipe de saúde para alcançar as metas propostas e pelo apoio que recebemos da Secretaria Municipal de Saúde que mostrou grande interesse no projeto. Nossa área de abrangência é muito grande e temos muitas micro áreas, desenvolvemos várias palestras e atividades educativas, abordando temas, como: Importância da higiene bucal, hábitos de vida saudáveis, tabagismo, importância de exercícios físicos, o que é vida saudável, entre outros. Durante a intervenção, recebemos apoio de outros profissionais da saúde entre eles o nutricionista, equipe odontológica, que participaram das atividades e das capacitações. Além disso aumentamos a quantidade de atendimentos programados nas micro áreas para aumentar a cobertura e visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção que não tem como movimentar-se e que atingem no acesso assistência.

Com a intervenção conseguimos realizar avaliação de uma grande quantidade de idosos pela equipe de saúde bucal; em conjunto com os ACS trabalhamos na busca dos idosos faltosos para aumentar a sistematicidade do atendimento, garantimos aos idosos com doenças crônicas o recebimento dos medicamentos na sua casa e aqueles que por problemas sociais ou incapacidade não podiam movimentar-se até a UBS. Conseguimos aumentar o rastreamento de idosos com risco de diabetes e outras doenças crônicas que atingem este grupo.

As dificuldades apresentadas durante o desenvolvimento do trabalho têm sido relacionadas com o deslocamento dos idosos até a sede da UBS, pois são comunidades muito distantes que não tem um sistema de transporte sistemático, o

que reflete na falta de assistência de alguns idosos e dificuldade para a realização de exames laboratoriais solicitados. No entanto a equipe de saúde realizou algumas alternativas para minimizar estas dificuldades e temos feito uma programação mais sistemática para cada comunidade com o objetivo de aumentar o número de atendimentos e melhorar a cobertura de atenção deste grupo e assim diminuir a quantidade de usuários faltosos e levar o atendimento a todas as comunidades. Em conjunto com o gestor de saúde temos providenciado o transporte para a equipe de saúde possa desenvolver nossas ações e a possibilidade de fazer os exames na própria UBS combinando os dias específicos para facilitar o acesso dos usuários aos mesmos, mas mesmo assim temos dificuldades na entrega dos resultados que tardam até um mês e dificultam o processo de trabalho, sendo um problema que depende do gestor de saúde do município e a equipe não pode resolver.

Todas as atividades realizadas estão inseridas em nossa rotina de trabalho e muito bem acolhidas pela comunidade e a equipe de trabalho, considerando que a partir das mesmas temos obtido mudanças dos usuários que estão adquirindo conhecimentos através das atividades educativas realizadas. Apesar de não termos atingido a meta de cobertura proposta em nossa intervenção que é de 95%, estamos dando continuidade a todas as ações para alcançar o mesmo, encontrando-se nossa equipe trabalhando e realizando o maior esforço para aumentar a cobertura e assim melhorar a qualidade de vida do grupo de idosos.

A equipe de saúde realizou ao final de cada mês reuniões para avaliar o trabalho feito, dar soluções as dificuldades encontradas, esclarecer dúvidas encontradas durante o trabalho, realizamos capacitação aos ACS e demais profissionais de saúde, seguindo os protocolos adotados pela UBS e trabalhamos na organização e planejamento das atividades a realizar nas próximas semanas e assim manter uma avaliação adequada das ações realizadas.

Durante a intervenção, mais especificamente na terceira semana, realizamos visitas as nossas comunidades como na localidade de Cambraia e Alegre. A comunidade de Cambraia é muito populosa e com vários casos de usuários com doenças crônicas, entre eles 12 idosos que foram avaliados com todos os parâmetros previstos, e avaliados pela equipe de saúde bucal recebendo orientações sobre higiene bucal ao grupo de idosos e a população de forma geral. Realizamos várias visitas domiciliares a idosos com incapacidade motora que precisam de seguimento e outros com doenças crônicas, na comunidade de Cambraia tínhamos

dois idosos um com hipertensão e um com diabetes com feridas infectadas nos pés, indicamos tratamento e curativo imediato e seguimento pela equipe de saúde.

A comunidade de Alegre (Figura 1) é longe da sede, quando chegamos nesta localidade o ACS já tinha feito o acolhimento dos idosos e tinha organizado os atendimentos, além dos atendimentos que realizamos visitamos 3 idosos, um com DM descompensada, sem medicação nem atendimento adequado, falamos com familiares sobre a importância de fazer o tratamento sistemático e agendamos os exames laboratoriais que é oferecido na UBS todas as segundas feiras com prioridade para nosso projeto. Alguns usuários faltosos recusavam assistência a consulta, mais com ajuda dos ACS e familiares conseguimos também sua avaliação e combinamos a realização dos exames necessários, receberam orientações sobre hábitos de vida saudável e agendamos próximo seguimento. Dessa forma mantemos nossos atendimentos nas áreas de nossa UBS, porém distante da nossa sede.



Figura 2. Visita as famílias da comunidade de Alegre, pertencente a UBS José Abel Modesto Amorim.

Na quinta semana de intervenção visitamos duas comunidades Bom Jesus e Pê de Serra muito distantes também, chegamos cedo pois a transportação foi garantida, mais ao chegar todo o acolhimento estava feito de forma organizada, tínhamos agendadas visitas domiciliares a vários idosos que precisavam de uma avaliação. Visitamos outros pacientes que foram contatados como faltosos pela ACS porque encontravam-se fora da área na casa de familiares, avaliamos e fizemos exame físico, cumprindo todos os parâmetros e solicitamos exames laboratoriais e programamos sua próxima consulta para avaliação de resultados dos exames.

Orientamos aos familiares e usuários sobre a importância da sistematicidade e assistência a consultas para manter um bom estado de saúde e demos orientações nutricionais e sobre atividade física.

Na outra comunidade visitada fizemos consulta de demanda espontânea com atendimento de mais de 35 pacientes, já que é uma das comunidades mais distantes de nossa área com uma população grande, que temos dificuldade para visitar frequentemente pelo problema de transportação. Fizemos visitas domiciliares a 6 idosos deles 3 com diabetes solicitamos exames laboratoriais e fizemos o convenio para realização dos mesmos com prioridade na próxima terça feira na UBS e depois avaliar os resultados, tivemos um caso que o ACS conseguiu identificar na área, um idoso com HAS descontrolada e tinha feito uma paralisia facial, encaminhamos para hospitalização e fisioterapia. É muito importante o trabalho dos ACS porque através deles podemos conhecer os problemas de saúde da comunidade e assim facilitar o trabalho da equipe.



Figura 3. Equipe de saúde nas visitas domiciliares na comunidade pertencente a UBS José Abel Modesto Amorim.



Figura 4. Avaliação do idoso em seu domicílio



Figura 5. Avaliação da usuária idosa, na comunidade pertencente a UBS José Abel Modesto Amorim.

Na sede da UBS os atendimentos ocorreram normalmente, atendendo as ações previstas no projeto a cada consulta com idosos (Figura 5). Realizamos

atendimento na UBS de grupo de idosos pertencentes a área da sede para avaliação multidimensional rápida e avaliação pela equipe de saúde bucal, todos receberam orientações sobre higiene bucal e sobre nutrição e exercícios físicos sistemáticos.



Figura 6. Atendimento na sede da UBS José Abel Modesto Amorim, para usuárias idosas da área de abrangência.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante a nossa intervenção foram realizadas todas as ações propostas no cronograma do projeto.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Sobre a coleta dos dados não tivemos dificuldades, pois temos todos os prontuários e fichas espelho dos usuários. O fechamento da planilha de coleta de dados foi adequado, o cálculo dos indicadores ocorreu sem dificuldades. A equipe se reuniu com o grupo de idosos de cada micro área para obter o consentimento da realização do mesmo, para o planejamento das atividades elaboramos um registro com as ações a realizar durante cada semana, data, hora, local da realização e atividade a realizar, preenchendo o cumprimento da mesma acorde com sua realização, realizamos o cadastramento de cada usuário em cada atendimento e as fichas espelhos eram preenchidas simultaneamente com todos os dados do usuário, ao final de cada semana fazíamos o resumo dos dados obtidos e o planejamento das

próximas atividades, além de avaliação das dificuldades encontradas e como dar solução as mesmas.

Dentre as dificuldades que tivemos vale sinalizar que não temos computador, contamos com uma internet de baixa qualidade na UBS, dificultando o trabalho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas estas ações implementadas em nosso projeto têm sido incorporadas a nossa rotina de trabalho sendo bem acolhidas pela equipe de saúde pelos resultados alcançados durante a intervenção, os quais queremos manter e melhorar ao máximo. As ações também foram muito bem aceitas pela população os quais no começo tinham incerteza e depois com o transcurso das atividades foram incorporando-se ativamente e participando das atividades programadas. Consideramos que com as alternativas tomadas para dar solução as dificuldades encontradas podemos aumentar a cobertura do programa de atenção à saúde do grupo de idosos e melhorar a qualidade de vida que um dos principais objetivos do nosso projeto.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nossa intervenção realizada durante 12 semanas na UBS Jose Abel Modesto Amorim, abordou o tema relacionado com a melhoria na atenção de saúde das pessoas idosas, o trabalho foi destinado ao total de adultos de 60 anos ou mais anos de idade residentes na área de abrangência de nossa UBS. Realizamos o cadastramento de cada usuário durante o momento do atendimento clínico.

Para realizar a nossa intervenção, utilizamos as estimativas da população alvo, conforme consta no CAP sendo o número total de idosos residentes na nossa área de abrangências de 303.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa

Meta: 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 95%.

Ao longo da intervenção conseguimos aumentar o número de idosos da área acompanhados, sendo que no primeiro mês de intervenção cadastrados e acompanhamos 83(27,4%) idosos, seguidos de 196(64,7%) no segundo mês. Com a continuidade das ações no terceiro mês de intervenção conseguimos um aumento no número de cadastrados, finalizando com 270(89,1%) idosos acompanhados (Dados apresentados na Figura 1). Chegamos muito próximo de nossa meta, ela não foi atingida mas podemos atingir a mesma nos próximos meses.

Esses resultados foram alcançados porque aumentamos a quantidade de atendimentos programados das micro áreas para aumentar a cobertura e visitas domiciliares aos usuários acamados ou com problemas de locomoção que não tem como movimentar-se e que atingem na assistência ao atendimento do usuário.

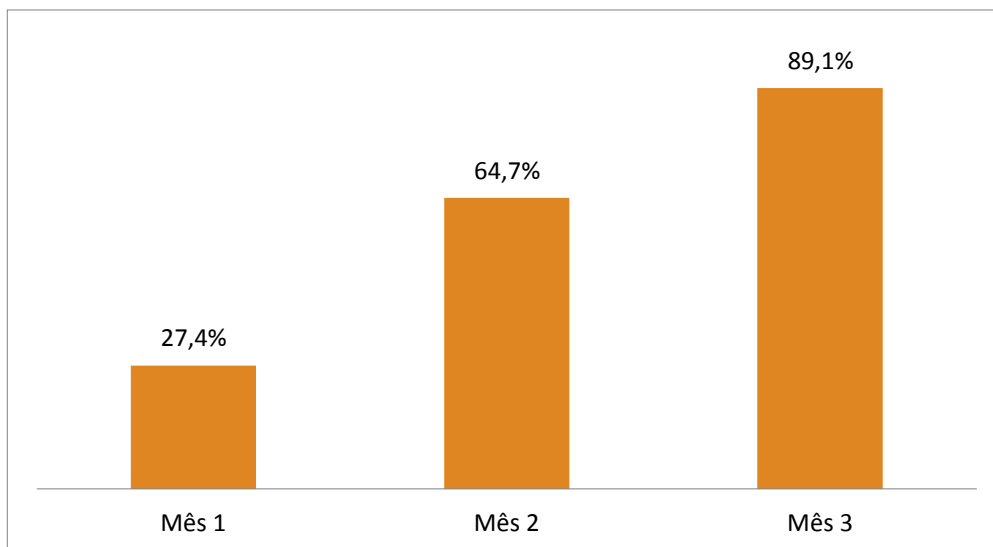


Figura 7. Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (Utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

No primeiro, segundo e terceiro mês, foram, respectivamente 73(88,0%), 183(93,4%), 257(95,2%), apesar de não atingir a meta ao 100%, tivemos um incremento nos mesmos a cada mês, por meio do trabalho realizado pela equipe de saúde, realizando avaliação adequada aos idosos de todas nossas micro áreas, focados no aumento de visitas nas mesmas.

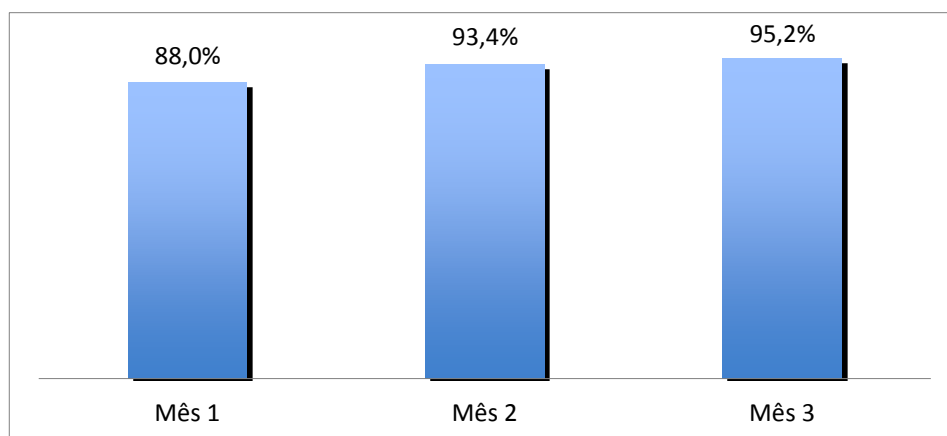


Figura 8. Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na UBS Dr. Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.2: Realizar exames clínicos apropriado em 100% das consultas

O número de idosos com exames clínicos apropriados foi no primeiro mês de 71(85,5%), no segundo mês 180(91,8%), e no terceiro mês de 254(94,1%), conseguimos alcançar estes resultados, fazendo o exame adequado em cada usuário e preenchendo de forma adequada os registros e fichas espelhos e realizando revisão e completando as ações que faltaram no retorno do usuário a UBS, mais não atingimos 100 % porque houve usuários que estavam ausentes no momento da realização dos mesmos. Obtemos um incremento do indicador, além disso para melhorar o mesmo definimos o papel que corresponde a cada profissional e realizamos a qualificação na pratica clínica na realização de exame clínico, para manter na rotina de nosso trabalho.

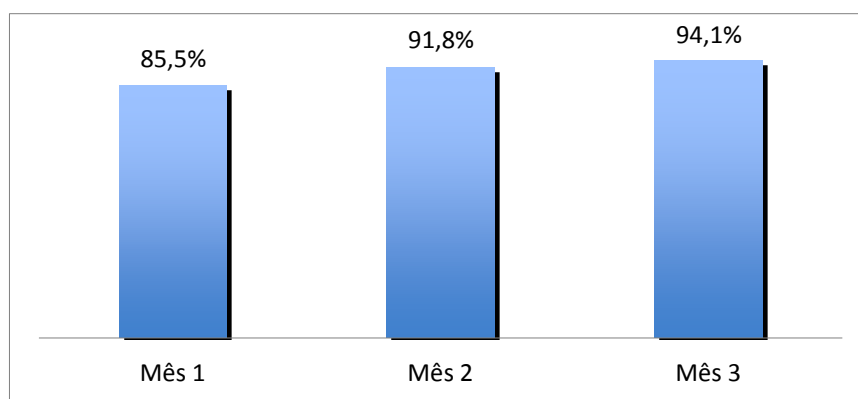


Figura 9. Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia na UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.3. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

No rastreamento de pessoas idosas tivemos no primeiro mês 83 (100%), no segundo mês 195 (99,5%) e terceiro mês 269 (99,6%) os resultados foram bons, devido o trabalho realizado pela equipe em conjunto com os ACS, que durante os atendimentos, visitas e atividades educativas, conseguimos fazer o rastreamento do total de idosos pertencentes a nossa área de abrangência, sendo a justificativa usuários fora de área, visitando familiares.

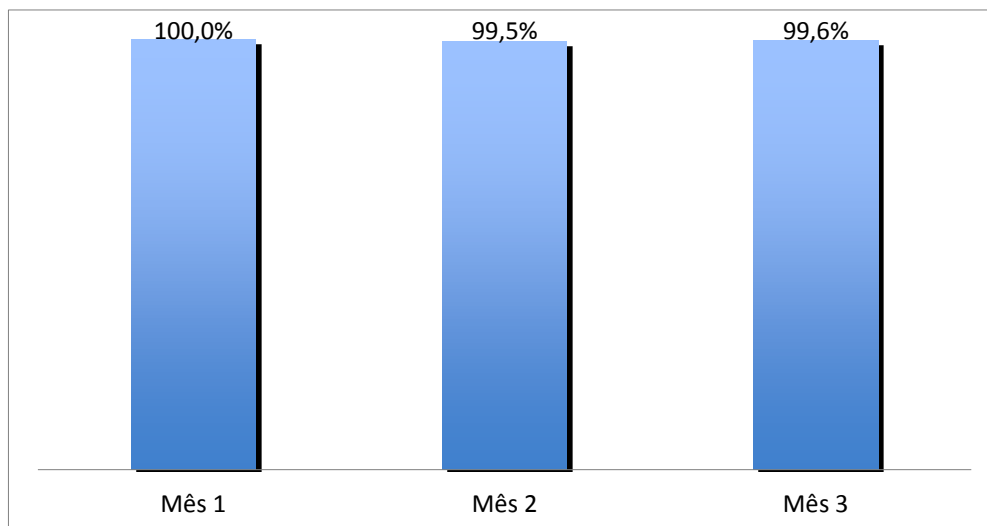


Figura 10. Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Em relação aos idosos com Diabetes a justificativa é a mesma apresentada acima e os resultados foram respectivamente 83 (100%), 194 (99,0%), 268 (99,3%).

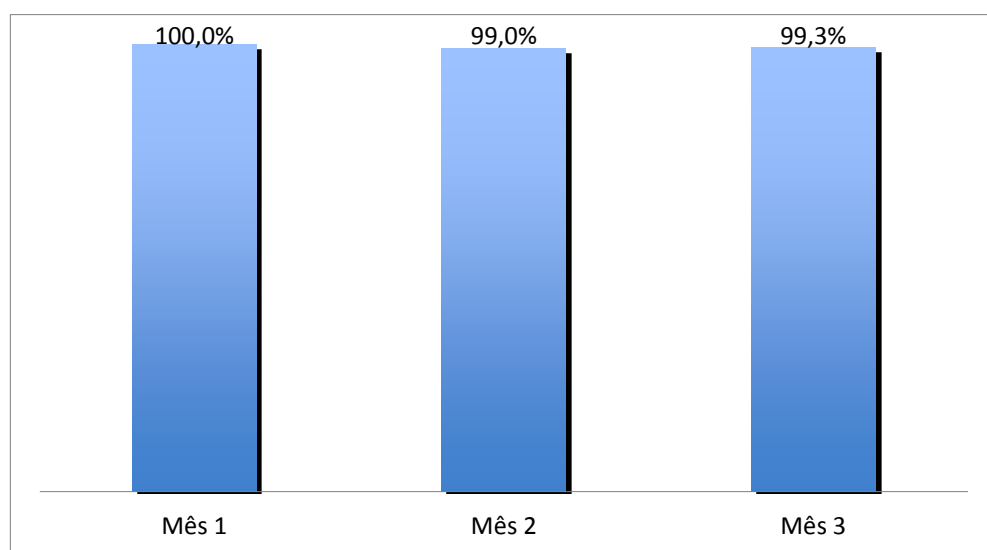


Figura 11. Proporção de pessoas idosas rastreadas para Diabetes Mellitus

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

O número de idosos com diabetes com exame físico apropriado dos pés em dia, foi no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 10 (100%), 37

(100%), 46 (100%), nestes indicadores atingimos a meta proposta em todos os meses de intervenção.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Quanto as pessoas com solicitação de exames complementares periódicos em dia o número alcançado no primeiro mês foi 61 (73,5%), 166 (84,7%), 240 (88,9%), não foi possível alcançar a meta pela dificuldade com o deslocamento dos usuários até a sede, pois são comunidades muito distantes e não tem um sistema de transportação sistemático para movimentar-se o que traz dificuldades para a realização de exames laboratoriais solicitados. Mas foi criada uma estratégia para ter a possibilidade de fazer os exames na própria UBS combinando os dias específicos para facilitar o acesso dos usuários aos mesmos, mesmo assim temos dificuldades na entrega dos resultados, mas não atingimos 100 % porque houve usuários que estavam ausentes no momento da realização dos mesmos.

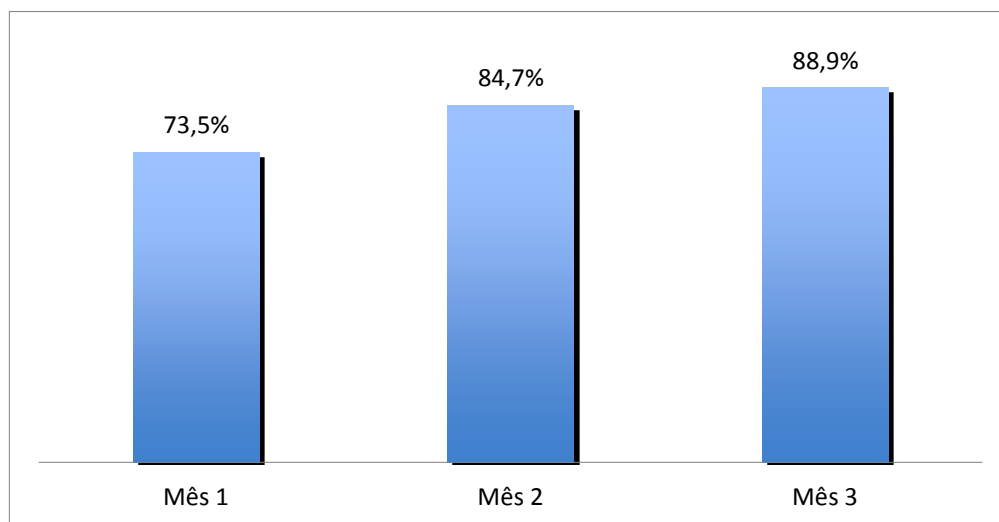


Figura 12. Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Sobre a priorização da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular os resultados no primeiro mês foi 56 (67,5%), seguidos de 152 (77,6%) no segundo mês, e no terceiro mês 226 (83,7%). As metas não foram atingidas e temos que esclarecer que nem todos os medicamentos usados pelos idosos são exclusivos da farmácia popular pois muitos apresentam duas ou mais doenças que precisam de medicações combinadas precisando comprar em outras farmácias, além disso nem sempre as farmácias populares cobrem a cobertura necessária da UBS.

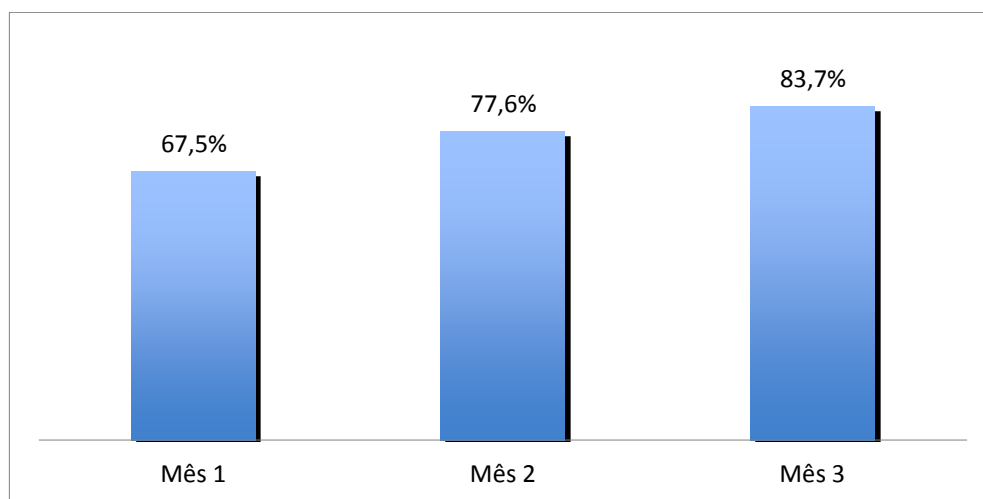


Figura 13. Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% das pessoas idosas da área).

Relacionado com este indicador atingimos as metas nos três meses, respectivamente, 8(100%), 24 (100%), 25 (100%). Os resultados foram devidos ao trabalho da equipe e aos ACS que nos forneceram todas as informações através das visitas realizadas a cada micro área, realizamos o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Os indicadores foram cumpridos no primeiro mês 8(100%), seguido de 24(100%) no segundo mês, e no terceiro mês de 25 (100%), os resultados tem a mesma justificativa explicada acima.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Durante o primeiro mês o resultado foi 70(84,3%), no segundo mês 159(91,3%), e terceiro mês 253 (93,7%), não atingimos a meta mais chegamos muito perto. Houve um incremento no segundo e terceiro mês devido a divulgação do programa e a incorporação das ações previstas na rotina do serviço, mas não atingimos 100 % porque houve usuários que estavam ausentes no momento da realização dos mesmos.

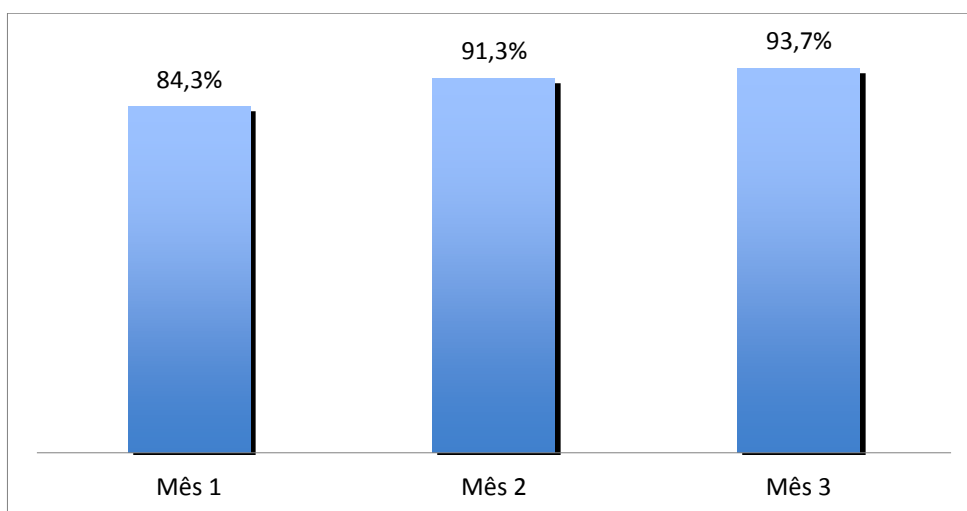


Figura 14. Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.11: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Relacionado com este indicador no primeiro mês foi 56(67,5%) pela situação da transportação para o deslocamento do grupo de idosos até a UBS, trata-se de comunidades muito afastadas da sede, já no segundo e terceiro mês os resultados foram respetivamente, 158(80,6%), 232(85,9). Com a realiza o das atividades educativas e o deslocamento da equipe de saúde bucal para as micro áreas conseguimos obter avanços positivos neste importante indicador que nos colocou

mais perto de nossas metas propostas, mas não atingimos 100 % porque houve usuários que estavam ausentes no momento da realização dos mesmos.

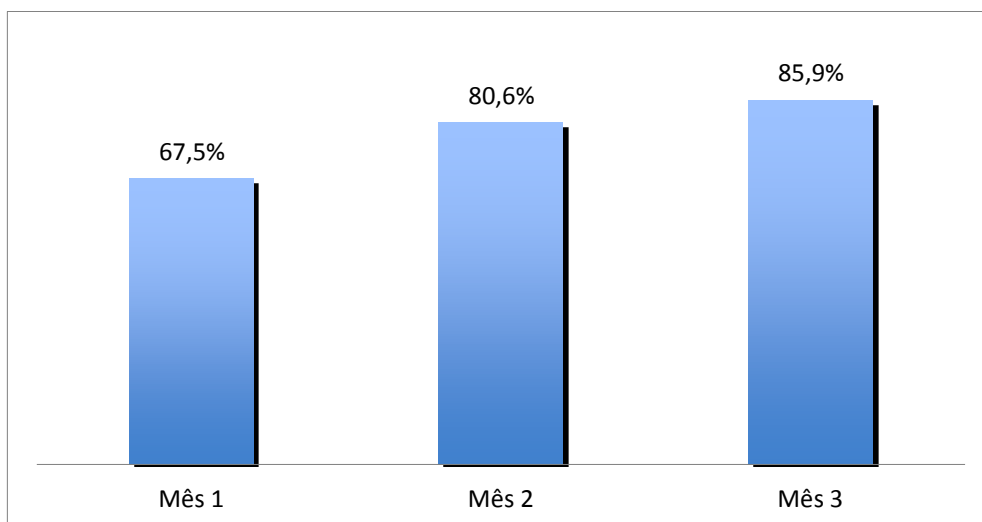


Figura 15. Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

No primeiro, segundo e terceiro mês os resultados foram respetivamente 62(74,7%), 162(82,7%) e 236(87,4%), não conseguimos atingir porque houve usuários que estavam ausentes no momento da realização dos mesmos.

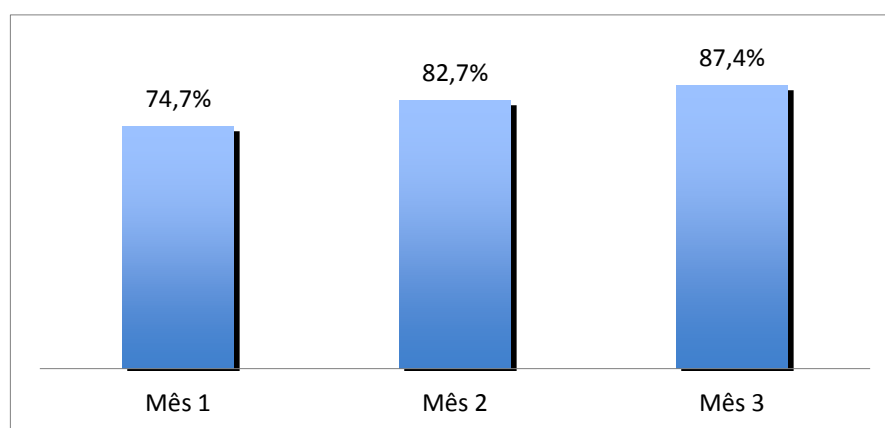


Figura 16. Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa idosa na UBS.

Meta 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

O comportamento do indicador foi no primeiro mês 57(68,7%), no segundo mês 157(80,1%) e o terceiro mês 231(85,6%) os resultados são devido a mesma causa apresentada anteriormente.

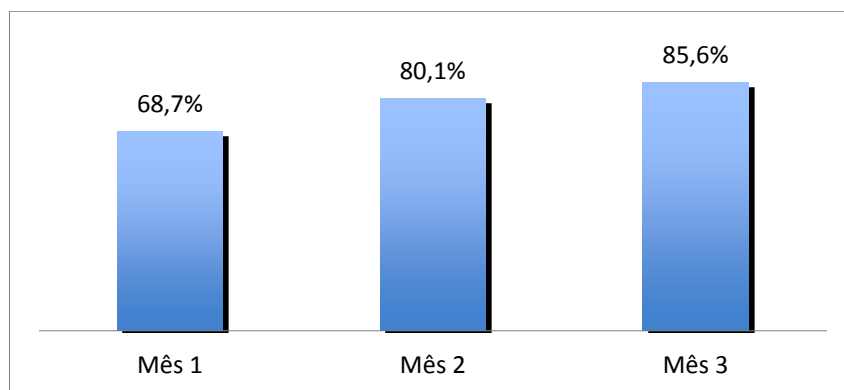


Figura 17. Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao programa de saúde do idoso.

Meta 3.1: Buscar 100 % das pessoas idosas faltosas de consultas programadas.

O comportamento de este indicador foi atingido nos três meses do projeto, os resultados no primeiro, no segundo e terceiro mês foi respectivamente, 17(100%), 31(100%), 31(100%).

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Enquanto ao registro específico das pessoas idosas no primeiro, segundo e terceiro mês, foi respectivamente, 79(95,2%), 190(96,9%) e 264(97,8%), não alcançamos a meta proposta porque houve alguns erros ao transcrever os dados para os registros sendo que os resultados não foram 100%, continuaremos o trabalho para melhorar os registros e conscientização da equipe de saúde sobre este aspecto importante para monitoramento das ações.

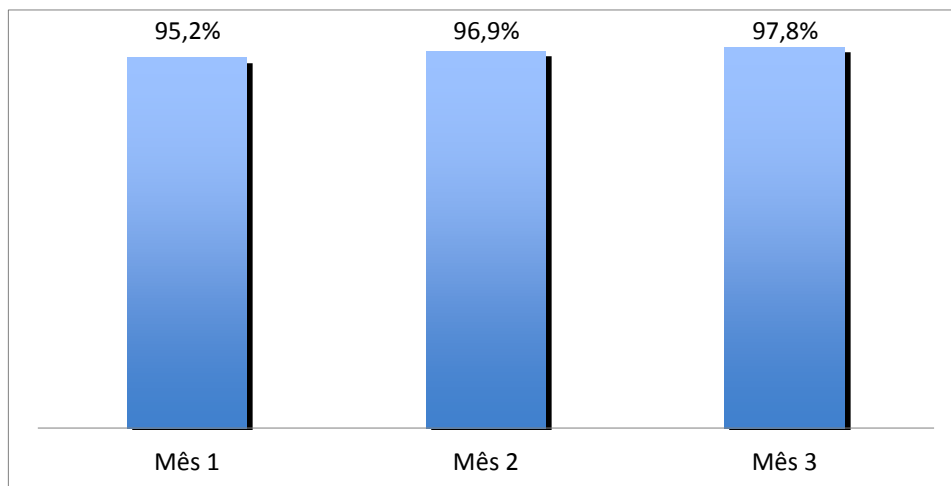


Figura 18. Proporção de pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Relacionado com o indicador alcançamos no primeiro mês 71(85,5%) pois tínhamos idosos que não tinham recebido as cadernetas, já no segundo e terceiro mês os resultados respectivamente foram 179(91,3%), 253(93,7%). Esse resultado foi devido o trabalho feito pela equipe de saúde para fazer a distribuição da caderneta de forma geral, durante os atendimentos e visitas não atingimos a metas porque houve usuários que estavam ausentes no momento da realização desta meta, mas conseguimos melhorar esta ação, ficando perto da meta.

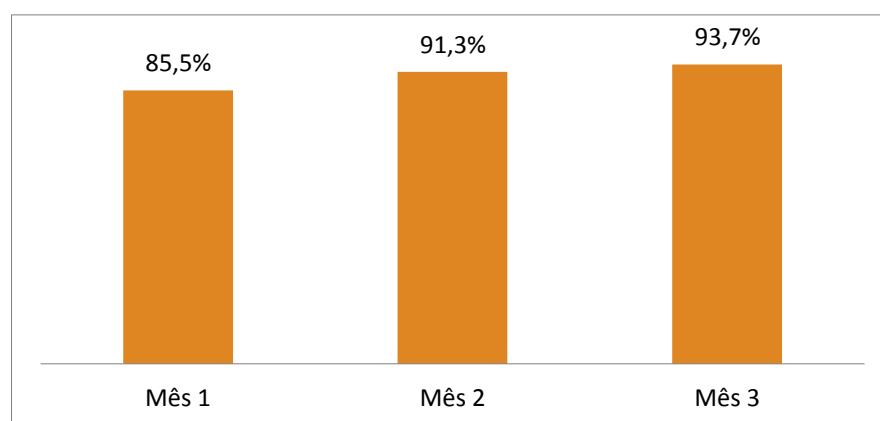


Figura 19. Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para riscos de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

Quanto ao rastreamento para riscos de morbimortalidade o número alcançado no primeiro, segundo e terceiro mês foi respectivamente, 76(91,6%), 188(95,9%) e 262(97,0%), os resultados foram incrementando-se, na medida que se desenvolvia o projeto, realizando rastreamento aproveitando as atividades educativas coletivas, atendimentos e visitas domiciliares, sendo os agentes comunitários de muito apoio para a realização desta atividade, mas não atingimos 100 % porque houve usuários que estavam ausentes no momento da realização desta meta.

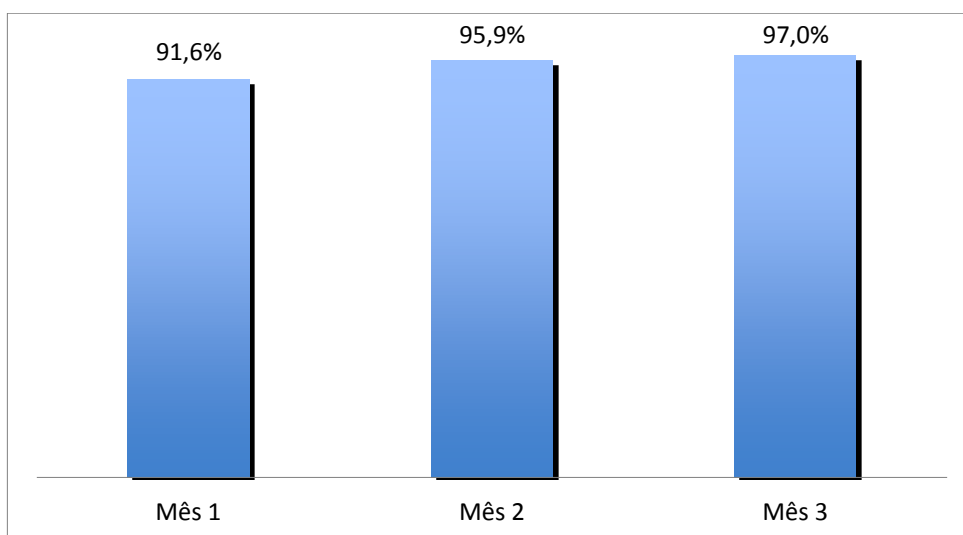


Figura 20. Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Em relação a este indicador os resultados foram no primeiro, segundo e terceiro mês foi respectivamente, 79(95,2%), 190(96,9%) e 264(97,8%), não atingimos a meta proposta, pois faltaram alguns usuários a serem avaliados porque tínhamos alguns internados e fora do município, mas foi definido o papel correspondente a cada profissional para poder atingir a meta.

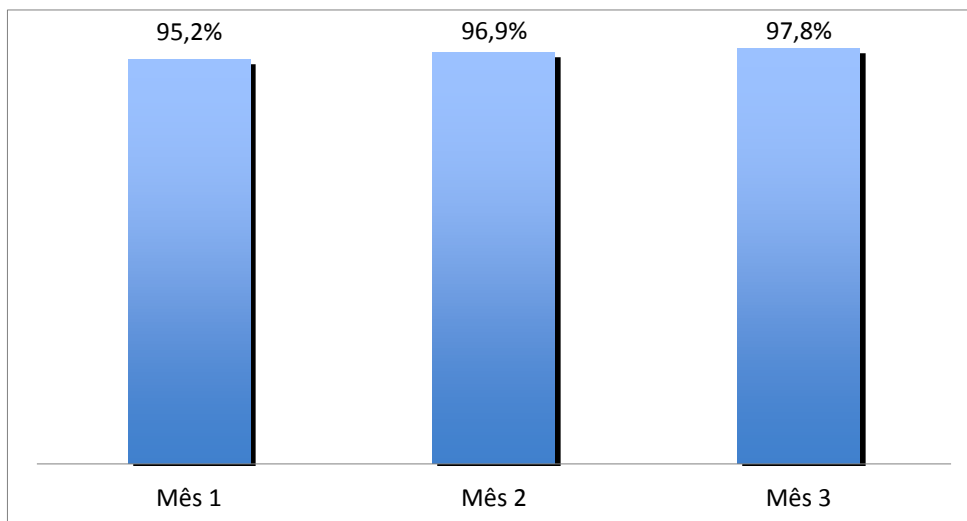


Figura 21. Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Os resultados da avaliação a rede social no primeiro mês foi 58(69,9%), o segundo mês foi 160(81,6%), e o terceiro mês 234(86,7%), não foi atingido esta meta por problemas de transporte para acessar a todas as micro áreas, algumas são de difícil acesso. Apesar da ajuda prestada pela secretaria de saúde não conseguimos alcançar a meta, mas nossa equipe continua o trabalho direcionado para atingir a mesma.

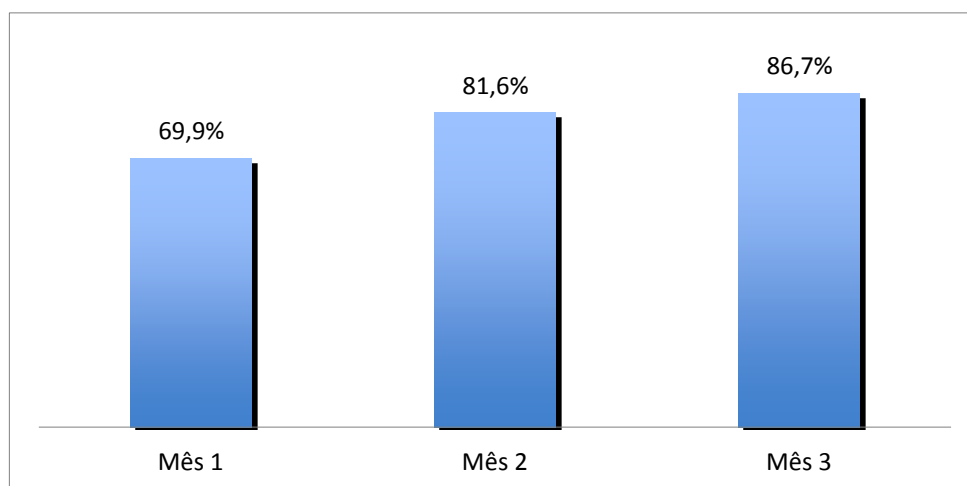


Figura 22. Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Os resultados obtidos neste indicador foram os seguintes no primeiro, segundo e terceiro mês respectivamente, 78(94,0%), 191(97,4%), 265(98,1%), a pesar de todas as atividades educativas realizadas como palestras e orientações em todos os espaços comunitários, atendimentos e visitas domiciliares, ainda temos que dar continuidade para lograr atingir o 100%, acredito que não foi atingido por erros no registro os dados.

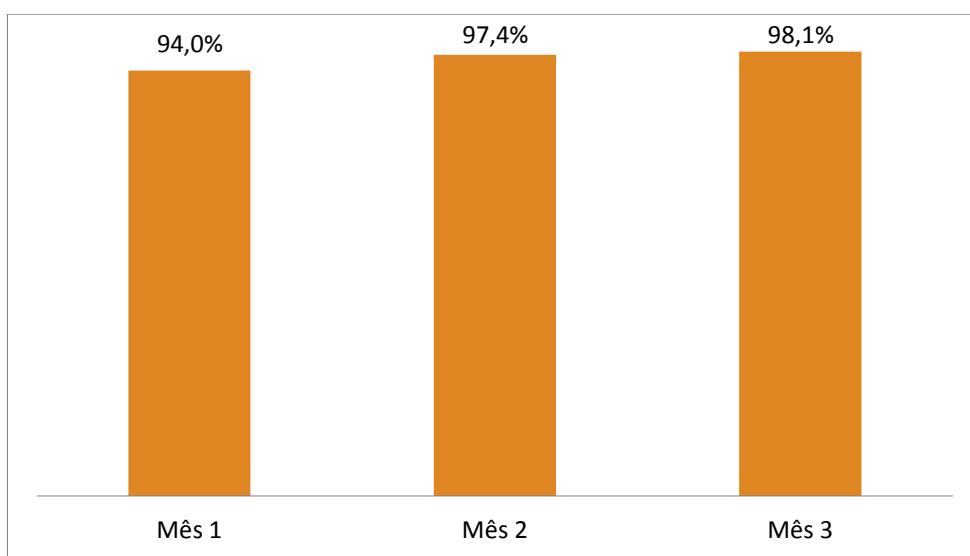


Figura 23. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividades físicas a 100% pessoas idosas.

Em relação a este indicador no primeiro mês foi 75(90,4%), o segundo mês 188(95,9%) e o terceiro mês foi 262(97,0%), o qual foi acrescentando durante o desenvolvimento do projeto, chegando quase na meta proposta, devido a todas as atividades educativas realizadas pela equipe de saúde, não atingiu as metas pela mesma justificativa anterior.

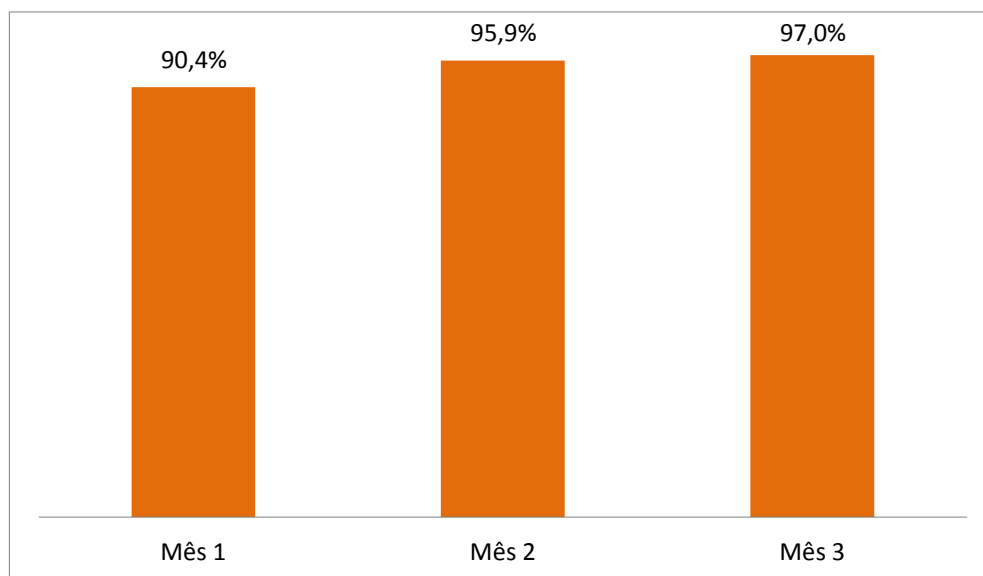


Figura 24. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Referente a este indicador o primeiro mês foi 72(86,7%), já no segundo e terceiro mês os resultados acrescentaram graças ao trabalho da equipe as capacitações do pessoal envolvido no processo da intervenção, palestras, conversas, atendimentos e consultas, sendo os resultados 179(91,3%), 253(93,7%), não atingiu as metas pela mesma justificativa anterior, a equipe está dando continuidade para atingir a meta.

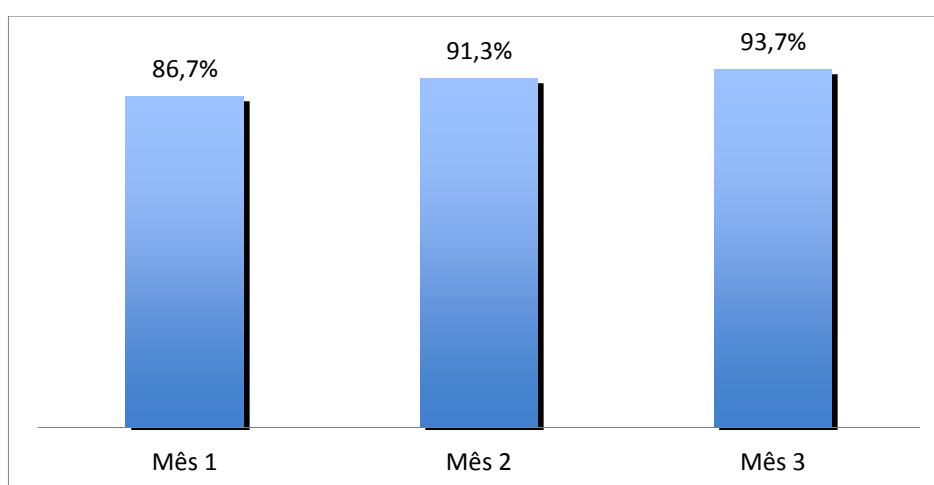


Figura 25. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Dr Jose Abel Modesto Amorim.

4.2 Discussão

Com a realização do trabalho da intervenção nossa equipe conseguiu melhorar a qualidade de vida dos usuários idosos da comunidade onde a intervenção foi desenvolvida por meio das atividades educativas realizadas onde oferecemos orientações sobre diferentes temas de saúde para elevar o conhecimento e qualidade de saúde do grupo de idosos da área. Além disso, conseguimos melhorar o sistema de registros dos usuários idosos e ter um controle adequado que nos permite realizar uma avaliação completa da saúde, embora não atingimos a cobertura proposta, chegamos muito próximo de nossa meta, mas podemos alcançar a mesma nos próximos meses.

Nossa equipe ficou muito envolvida com a intervenção e foram realizadas capacitações a todos os profissionais de saúde seguindo os protocolos e recomendações do Ministério de Saúde e as atribuições para cada profissional para fazer o trabalho com a qualidade adequada. A intervenção realizada promoveu o trabalho em conjunto de toda a equipe médica, da equipe de saúde bucal que teve uma grande participação e do apoio de outros profissionais da saúde que se integraram a intervenção entre eles a nutricionista, psicólogo, educador físico participando nas atividades propostas. Também contamos com o trabalho dos ACS que realizavam a busca ativa dos usuários, acolhimento e oferecem orientações a toda a comunidade.

O resultado do trabalho para o serviço tem muita importância porque avaliou as atribuições da equipe, visualizamos a importância do trabalho integrado, pois a saúde do grupo de idosos depende do trabalho de cada um dos profissionais, que contribuem para oferecer um melhor acolhimento e atenção em todos os serviços de saúde.

Considero que a intervenção foi bem acolhida pela comunidade que ao início não se mostrava muito interessada, mas com o empenho de todos os profissionais e as atividades educativas realizadas em cada micro área e usando todos os espaços comunitários, começamos a conscientizar os idosos, familiares e comunidade da importância da sistematicidade do atendimento regular. Assim como para prevenir doenças ou como conviver com elas de uma forma mais saudável evitando complicações, ainda continuamos trabalhando porque temos usuários que não conseguimos sua adesão ao programa e precisamos oferecer os mesmos a todos.

Se eu fosse realizar novamente a intervenção neste momento seria muito melhor porque já temos um planejamento do trabalho, já temos conhecimentos das principais dificuldades encontradas e como encaminha-las, como resolvê-las e como fazer estratégias de trabalho em conjunto para que as atividades fluam de maneira adequada, tudo isto facilitaria ainda mais o trabalho.

Todas as atividades encontram-se inseridas em nossa rotina de trabalho e daremos continuidade as mesmas, para conseguir melhorar a cobertura e aumentar os indicadores que ficaram abaixo das metas propostas, como próximos passos manteremos as ações e orientações educativas sobre temas importantes para elevar o nível de conhecimento dos usuários idosos e contribuir a melhorar a qualidade de vida.

5 Relatório da intervenção para gestores

Nossa equipe realizou a intervenção baseada no Programa da Atenção de Saúde da pessoa idosa na UBS Jose Abel Modesto Amorim, município João Costa, Piauí. As atividades fizeram parte dos requisitos formativos do curso de especialização em saúde da família da UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão e utilizamos os Protocolos de atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Brasília, DF 2006 e Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, Brasília, DF, 2010.

Iniciamos nosso projeto de intervenção com apresentação ao gestor de saúde, sendo muito acolhido, demonstrando interesse e dando o suporte necessário durante a realização do trabalho, apoiando e disponibilizando todos os equipamentos, materiais necessários como fichas de cadastro, caderneta de saúde da pessoa idosa, cópias de fichas espelhos e as informações necessárias, sendo uma grande parceira do gestor com a equipe de saúde oferecendo o apoio necessário para viabilização do estudo, as informações foram processadas utilizando as planilhas disponibilizadas pelo curso, depois do preenchimento dos dados preenchíamos para a planilha de coleta de dados, sendo monitorados semanalmente pela equipe, para fazer o planejamento e organização das próximas ações.

Objetivamos ampliar a cobertura do programa da saúde da pessoa idosa ao 95%, chegamos muito próximo de nossa meta, ela não foi atingida mas podemos atingir a mesma nos próximos meses, esses resultados foram alcançados porque aumentamos a quantidade de atendimentos programados das micro áreas para aumentar a cobertura e visitas domiciliares

Outro de nossos objetivos foi melhorar a qualidade de atenção a pessoa idosa a meta era alcançar avaliação multidimensional rápida em dia e exames clínicos

apropriados em 100% das consultas, tivemos um incremento ao longo do trabalho dos indicadores, além disso para melhorar o mesmo definimos o papel que corresponde a cada profissional e realizamos a qualificação na prática clínica na realização de exame clínico, para manter na rotina de nosso trabalho. Em relação a realização de exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes nestes indicadores atingimos a meta proposta.

Em relação ao objetivo de melhorar a adesão das pessoas idosas ao programa de saúde do idoso a meta proposta foi buscar 100 % das pessoas idosas faltosas de consultas programadas o indicador foi atingido nos três meses do projeto ao 100%

O objetivo de melhorar o registro das informações, a meta para manter registro específico de 100% das pessoas idosas embora não alcançar a meta proposta, os resultados foram bons, continuaremos o trabalho para melhorar o mesmo.

Relacionado com o objetivo de mapear o risco das pessoas idosas, os resultados da avaliação da rede social não foi atingido esta meta por problemas de transporte que tivemos para acessar a todas as micro áreas, apesar da ajuda prestada pela secretaria de saúde não conseguimos alcançar a meta, mais nossa equipe continua o trabalho direcionado para atingir a mesma.

Enquanto ao objetivo promover a saúde das pessoas idosas, a meta era garantir as orientações sobre orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para prática regular de atividade física e sobre higiene bucal os resultados acrescentaram graças ao trabalho da equipe as capacitações do pessoal envolvido no processo da intervenção, palestras, conversas, atendimentos e consultas, dando continuidade aos mesmos para atingir as metas.

Os resultados apresentados ao gestor de saúde do município demonstrou a importância de nosso projeto e do objetivo geral de melhorar atenção da saúde da pessoa idosa e da relevância das atividades educativas para a prevenção de doenças próprias da velhice, para oferecer conhecimentos sobre hábitos de vida saudáveis e como melhorar a qualidade de vida.

Considero que os aspectos a melhorar pelo gestor para qualificar ainda mais os serviços é acrescentar a quantidade e disponibilidade do quadro de medicamentos básicos tendo em conta que o grupo de idosos apresentam muitas doenças crônicas, outro ponto importante é garantir de forma mais sistemática a transportação, com

previa programação pela equipe de saúde em parceria com o gestor e assim poder oferecer os serviços de saúde dentro das próprias micro áreas, garantindo assim a assistência a consultas agendadas, mesmo assim temos que reconhecer que se não fosse a participação e apoio do gestores de saúde, estes resultados não teríamos alcançados.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezado comunidade da UBS Jose Abel Modesto Amorim,

Realizamos uma intervenção sobre Atenção da Saúde das pessoas idosas na UBS Jose Abel Modesto Amorim, Município João Costa, Piauí, entre os meses Dezembro do ano de 2015 e Janeiro e Fevereiro 2016. Iniciando nosso projeto nossa equipe não contava com registros atualizados dos usuários idosos e o cadastro estava desatualizado, sendo um de nossos objetivos melhorar a cobertura de atenção as pessoas idosas.

Para desenvolver nosso projeto a equipe realizou palestras e atividades educativas, abordando vários temas entre eles: importância da higiene bucal, hábitos de vida saudáveis, tabagismo, importância de exercícios físicos, “o que é vida saudável?”, entre outros tema importantes, sendo apoiados com outros profissionais da saúde entre eles o nutricionista e equipe odontológica, que participaram das atividades e capacitações. Com a intervenção aumentamos a quantidade de atendimentos programados das micro áreas para aumentar a cobertura e visitas domiciliares aos usuários do serviço que estão acamados ou com problemas de locomoção que não tem como movimentar-se até a unidade de saúde o que atinge na assistência do atendimento.

Estas ações foram muito enriquecedoras, no começo do trabalho os idosos tinham incerteza e depois com o transcurso das atividades foram incorporando-se ativamente e participando das atividades programadas, trocando experiências e esclarecendo suas dúvidas, com isso conseguimos mudanças nos hábitos de vida dos usuários idosos.

Todas as atividades realizadas estão inseridas em nossa rotina de trabalho e muito bem acolhidas pela comunidade e a equipe de trabalho, considerando que a partir das mesmas temos obtido mudanças dos idosos que estão adquirindo

conhecimentos através das atividades educativas realizadas. Com a intervenção acompanhamos 270(89,1%) idosos, embora não tenhamos atingido a meta de cobertura proposta em nossa intervenção que era de 95%, estamos dando continuidade a todas as ações para alcançar a meta. Nossa equipe está trabalhando e realizando o maior esforço para aumentar a cobertura e assim melhorar a qualidade de vida do grupo de idosos.

Com nosso trabalho conseguimos a atualização dos registros de controle dos usuários idosos da área, melhoramos o cadastramento e fizemos o planejamento, controle e a programação sistemática dos atendimentos dos usuários idosos, além disso, melhoramos a avaliação multidimensional rápida e dos exames clínicos apropriados em dia, entre outros indicadores onde obtivemos bons resultados e daremos continuidade para atingir as metas que ainda não foram alcançadas. Contamos com o apoio da comunidade em geral para divulgar entre vizinhos, amigos e conhecidos sobre a importância dos idosos comparecem no serviço de saúde para atendimento em saúde, controle e prevenção de doenças. Obrigado!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Fazendo uma reflexão sobre o processo de aprendizagem adquirido durante o trabalho considero que tem sido interessante e com muitos desafios que ajudarem a fortalecer meus conhecimentos em estratégia de saúde familiar de forma pratica com o trabalho na comunidade donde atuo, tendo em conta a realidade dos serviços, conhecendo os problemas que atingem a população, doenças, fatores de risco e assim fazer um melhor análise da situação de saúde de nossa comunidade, para o planejamento de ações de intervenção e participar com autonomia na geração de solução aos mesmos.

Atraves do curso tive a oportunidade de ter contato com outros colegas e com o orientador, para trocar ideias e experiências, sendo esta uma forma nova de ensino que contribui o a elevar a qualificação profissional, também tem sido de muita importância a utilização dos protocolos do Ministério de Saúde que contribuem a realizar o manejo adequado dos procedimentos e a melhorar nossa pratica profissional dentro dos serviços de saúde.

Os aprendizados mas importantes para mim tem sido o contato direto da equipe com a comunidade a traves das atividades educativas realizadas, levando conhecimentos de saúde na população, outro dos aprendizados foram os casos clínicos interativos como forma de qualificação profissional e de melhorar o raciocínio clinico, além dos fórum de saúde coletiva permitindo interatuar ativamente com outros profissionais.

Todas as informações fornecidas pelo curso enriqueceram nossos conhecimentos e permitirem o desenvolvimento das atividades realizadas em nosso trabalho, melhorando a qualificação profissional de forma sistemática.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible][illegible]



Anexo C - Ficha espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado(a)? () Sim () Não / HAS? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? _____

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante

ANEXO E – Planilha OMIA

A		B	C	
1	Objetivos	Metas	Indicadores	
2	1. Cobertura	1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 95%.	1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS	
3		2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS. (utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).	2.1. Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	
4		2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas	2.2. Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia	
5		2.3. Rastrear 100% dos pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).	2.3. Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica	
6		2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).	2.4. Proporção de pessoas idosas rastreadas para Diabetes Mellitus (DM)	
7		2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.	2.5. Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia	
8		2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.	2.6. Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia	
9		2. Qualidade	2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas	2.7. Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada
10			2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).	2.8. Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.
11			2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.	2.9. Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar
12			2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.	2.10. Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
			2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.	2.11. Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática
14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 Apresentação Síntese 1.Cobertura 1.Ações 2.Qualidade 2.Ações 3.Adesão 3.Ações Plan63 Plan64 Plan65				
A		B	C	
14		2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.	2.12. Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.	
15		2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.	2.13. Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.	
16	3. Adesão	3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.	3.1. Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas e que receberam busca ativa	
17	4. Registro	4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.	4.1. Proporção de pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia	
18		4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas	4.2. Proporção de pessoas idosas cadastradas no programa com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	
19	5. Avaliação de risco	5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.	5.1. Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade atualizada	
20		5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.	5.2. Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada	
21		5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas	5.3. Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social atualizada	
22	6. Promoção da saúde	6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.	6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis	
23		6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.	6.2. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física	
24		6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.	6.3. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal	
25				
26				
14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 Apresentação Síntese 1.Cobertura 1.Ações 2.Qualidade 2.Ações 3.Adesão 3.Ações Plan63 Plan64 Plan65 Pronto				